STEPHANIE KENIG VIVEIROS

Levantamento epidemiológico das neoplasias de glândulas salivares menores do serviço de patologia oral e maxilofacial da faculdade de odontologia da USP

São Paulo

2019

STEPHANIE KENIG VIVEIROS

Levantamento epidemiológico das neoplasias de glândulas salivares menores do serviço de patologia oral e maxilofacial da faculdade de odontologia da USP

Versão Corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas para obter o título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Patologia Oral e Maxilofacial e Pacientes Especiais

Orientador: Prof. Dr. Décio dos Santos Pinto Júnior

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Viveiros, Stephanie Kenig.
Levantamento epidemiológico das neoplasias de glândulas salivares menores do serviço de patologia oral e maxilofacial da faculdade de odontologia da USP / Stephanie Kenig Viveiros ; orientador Décio dos Santos Pinto Júnior -- São Paulo, 2019.

158 p. : fig., tab., graf. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Patologia Oral e Maxilofacial e Pacientes Especiais – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Glândulas salivares. 2. Neoplasias das glândulas salivares. 3. Glândulas salivares menores. I. Pinto Júnior, Décio dos Santos. II. Título.

Viveiros SK. Levantamento epidemiológico das neoplasias de glândulas salivares menores do serviço de patologia oral e maxilofacial da faculdade de odontologia da USP. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutora em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: 20/02/2020

Banca Examinadora

Profa. Dra. Suzana Cantanhede Orsini Machado de Sousa

Instituição: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Julgamento: Aprovada

Profa. Dra. Renata Tucci

Instituição: Universidade Federal Fluminense

Julgamento: Aprovada

Prof. Dr. Rogério Moraes de Castilho

Instituição: Universidade de Michigan

Julgamento: Aprovada

Dedico esse trabalho aos meus pais, Sérgio e Simone, que além de me darem esse lindo presente: a VIDA, me proporcionaram toda essa jornada acadêmica, me incentivando em todas as etapas deste processo, acalentando-me nos momentos de angustia, dividindo comigo meus risos e comemorando junto a mim as minhas vitórias.

À minha irmã, Victória, pela paciência e compreensão por todas às vezes, que por mais que a saudade batesse forte, tivemos que abrir mão de nossas tardes juntas para que eu pudesse desenvolver este trabalho.

Ao meu opa, Harry Kurt Kenig (*in memoriam*), sei que de algum lugar o senhor está vendo tudo o que está acontecendo e espero que esteja orgulhoso de mim.

À minha avó, Idília Kenig (*in memoriam*), que com seus "Tenha calma, filha, tudo vai dar certo!" foi me ajudando a superar cada pedra que aparecia no meu caminho.

À toda a equipe do Hospital São Camilo Pompéia que cuidou de mim nesse momento tão delicado: Dra Lizandra Marciliano Silverio (que me atendeu no pronto atendimento), Dr Mauro Federico Luis Tamagno e Dr Tiago Ernesto Fabris Cezar (da equipe de cirurgia torácica), Dra Telma Scoppetta Donoso, toda a equipe da Emergência, UTI adulto, Centro cirúrgico, Radiologia e dos quartos do 3º andar meu eterno e sincero muito obrigada!

E a todos que torceram e oraram para o sucesso deste projeto!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente o meu Orientador, Prof. Dr. Décio dos Santos Pinto Júnior, por ter me aceitado como orientada, pelo apoio, dedicação, suporte, incentivo, sustos, risadas, conselhos, por acreditar e confiar em mim mesmo quando eu mesma duvidava. Você é um grande exemplo e eu tenho muito orgulho de ser sua orientada.

Aos professores da disciplina: Profa. Dra. Suzana Cantanhede Orsini Machado de Sousa, Prof. Dr. Fabio Daumas Nunes, Profa. Dra. Marina Helena Cury Gallottini ,Profa. Dra. Karem Lopes Ortega e Profa. Dra. Marília Trierveiler Martins; e aos professores da Patologia geral Profa. Dra. Luciana Corrêa e Prof. Dr. Paulo Henrique Braz da Silva por toda ajuda, disponibilidade para sanar minhas dúvidas e todos os conhecimentos que me transmitiram em todas as oportunidades.

Ao Prof. Dr. Rogerio Castilho, por ter me aceitado como aluna de pós-doutorado, por toda a sua disponibilidade para tirar minhas dúvidas e paciência com o processo de concessão da bolsa.

Rodrigo Finger de Carvalho Pinho, meu irmão, meu amigo, minha dupla! Não consigo colocar em palavras a minha gratidão por ter te conhecido! Obrigada por tudo!

Letícia Drumond e Emilia Aguiar obrigada por toda ajuda, conversas, troca de experiências acadêmicas, ou não, as risadas...

Karin Fernandes obrigada por todos esses anos de amizade, sempre te admirei muito e a oportunidade que você me deu ficará para sempre guardada no meu coração

Aos colegas: Cristina Novaes, Jefferson Tenório, Juliana Costa, Juliana Mota, Natalia Andrade, Mariana Henriques, Solange Velasco, Thalita Santana, Flávia Rosin, Guilherme Sanches e Marilia Figueiredo

A vocês Fátima, Vinícius e Carlito pela ajuda, paciência e amizade.

A vocês Adriana, Elisa e Juvani muito obrigada por toda ajuda nos laboratórios, na rotina e pela amizade de vocês.

À minha orientadora de iniciação científica e TCC, Profa. Dra. Renata Tucci, pela atenção, carinho, dedicação, paciência e por me inspirar a seguir o caminho da pesquisa e da docência. Além de te admirar como profissional, vejo em você uma grande amiga. Muito obrigada por tudo!

Ao Prof. Dr. Claudio Costa, por me dar a oportunidade de realizar a minha primeira iniciação científica.

A todos os professores que tive a oportunidade de conhecer durante o curso de graduação e que dedicaram seu tempo e paciência para transmitir seus conhecimentos para melhorar a minha formação.

A todos que direta ou indiretamente colaboraram para o desenvolvimento deste trabalho e para a minha jornada pedagógica.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

"Eu acredito demais na sorte. E tenho constatado que,

quanto mais duro eu trabalho, mais sorte eu tenho."

(Thomas Jefferson)

"Have the courage to follow
your heart and intuition.
They somehow already know
what you truly want to become."
(Steve Jobs)

RESUMO

Viveiros SK. Levantamento epidemiológico das neoplasias de glândulas salivares menores do serviço de patologia oral e maxilofacial da faculdade de odontologia da USP. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2019. Versão Corrigida.

As neoplasias de glândulas salivares são pouco frequentes e, em apenas 9 a 23% dos casos, as glândulas menores são acometidas. É muito comum, em estudos retrospectivos, o agrupamento das neoplasias de glândulas salivares maiores e menores, dificultando a identificação da real incidência das últimas. Realizamos um levantamento das neoplasias de glândulas salivares menores nos últimos 21 anos para identificar o perfil dos pacientes acometidos. Durante o período foram diagnosticados 72.286 casos no serviço, desses 687 (0,95%) eram neoplasias de glândulas salivares menores: 345 malignas (50,2%) e 342 benignas (49,8%). A região mais acometida foi o palato (53%). Os pacientes foram na sua maioria mulheres (65,5%) entre 5ª e 6ª década de vida (16,5% cada), a idade média dos pacientes foi de 48,44 anos variando de 8 a 93 anos. Os diagnósticos mais comuns foram: Adenoma pleomórfico (36,4%) e Carcinoma mucoepidermoide (16,9%). Nossos resultados mostram que, 41,5% das neoplasias malignas foram submetidas a biópsias excisionais, o que demonstra uma necessidade da melhor caracterização desse tipo de lesão para auxiliar na conduta clínica e no tratamento dos pacientes. Levantamos algumas características que podem indicar maiores chances de um diagnostico histológico maligno ou benigno: entre a quarta e a sexta década não é possível notar uma maior frequência entre neoplasias benignas e malignas; na primeira, sétima, oitava e nona décadas nota-se uma maior acometimento por neoplasias malignas; na segunda, terceira e décima há uma predominância das neoplasias benignas. As pacientes do sexo feminino apresentam uma tendência a neoplasias malignas, enquanto os pacientes do sexo masculino apresentam uma tendência inversa. Algumas regiões são mais propensas às neoplasias malignas: língua, região retromolar, assoalho bucal e mucosa jugal; outras apresentam uma frequência muito próxima: lábio inferior, palato e fundo de sulco; e regiões como lábio e lábio superior tem tendência aà neoplasias benignas. As lesões ulceradas e manchas tem uma maior chance de serem malignas; as bolhas de serem benignas e os nódulos tem

chances semelhantes. As lesões enegrecidas foram exclusivamente malignas e há uma tendência maior para o diagnóstico de malignidade em leões brancas, vermelhas e roxas. Nas lesões amarelas há uma distribuição semelhante entre benignas e malignas e as lesões com cor de mucosa normal tendem a ser benignas. Os pacientes tabagistas apresentaram mais neoplasias benignas, os não tabagistas apresentaram relação semelhante entre neoplasias benignas e malignas e os pacientes ex tabagistas tiveram somente neoplasia maligna. Os pacientes etilistas apresentaram mais neoplasias benignas que malignas, enquanto os pacientes não etilistas apresentaram uma frequência bastante similar. As lesões sintomáticas tiveram maior tendência à malignidade. Lesões de até 6 cm tem tendência semelhante a neoplasias benignas e malignas, enquanto as lesões com mais de 7 cm apresentam uma maior tendência à malignidade. As lesões com evolução de até 6 meses, e entre 25 a 36 meses, tem mais tendência à malignidade; há uma similaridade muito grande entre os diagnósticos benignos e malignos de 7 a 24 meses, enquanto, as lesões com mais de 36 meses têm menor tendência a malignidade.

Palavras chave: Glândulas salivares. Neoplasias de glândulas salivares. Glândulas salivares menores.

ABSTRACT

Viveiros SK. Epidemiological survey of minor salivary gland neoplasms of the Oral and Maxillofacial Pathology Service of the USP School of Dentistry [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2019. Versão Corrigida.

Salivary gland neoplasms are uncommon and, in only 9 to 23% of cases, minor glands are affected. In retrospective studies, the clustering of major and minor salivary gland neoplasms is very common, making it difficult to recognize the actual incidence of the minor ones. We performed a survey of minor salivary gland neoplasms over the past 21 years to identify the affected patients' profiles. There were 72,286 cases diagnosed at the service, of these 687 (0.95%) were minor salivary gland neoplasms: 345 malignant (50.2%) and 342 benign (49.8%). The most affected site was the palate (53%). The patients were mostly women (65.5%) between the 5th and 6th decade of life (16.5% each), patients' average age was 48.44 years ranging from 8 to 93 years. The most common diagnoses were: Pleomorphic adenoma (36.4%) and Mucoepidermoid carcinoma (16.9%). Our results show that 41.5% of malignant neoplasms underwent excisional biopsies, which demonstrates the need for a better description of this lesion to assist in the clinical management and treatment of patients. We have raised some characteristics that may indicate higher chances of a benign or malignant histological diagnosis: between the fourth and sixth decade it is not possible to notice a higher frequency between benign and malignant neoplasms; in the first, seventh, eighth and ninth decades, there is greater involvement of malignant neoplasms; in the second, third and tenth there is a higher incidence of benign neoplasms. Female patients tend to malignant neoplasms, while male patients have a reverse tendency. Some regions are more prone to malignant neoplasms, such as the tongue, retromolar region, buccal floor, and jugal mucosa; others have a very close frequency of benign and malignant neoplasms as the lower lip, palate, and vestibule; while lip and upper lip tend to benign neoplasms. Ulcerated lesions and patches have a higher chance of being malignant; blisters tend to be benign and nodules have similar chances of both. The black lesions were exclusively malignant and there are a greater tendency to malignant diagnosis in white, red and purple lesions. Yellow lesions have a similar distribution between benign and malignant neoplasms and lesions with normal mucosal color tend to be benign. Smoking patients had more benign

neoplasms, non-smokers had a similar relationship between benign and malignant neoplasms, and former smokers had only malignant neoplasms. Alcoholic patients had more benign than malignant neoplasms, while non-alcoholic patients had a very similar frequency of them. Symptomatic lesions were more prone to malignancy. Lesions up to 6 cm have a similar tendency to benign and malignant neoplasms, while lesions over 7 cm have a greater tendency to malignancy. Lesions with the evolution of up to 6 months and between 25 and 36 months are more prone to malignancy; there is a very similarity between benign and malignant diagnoses from 7 to 24 months, while lesions older than 36 months have a lower tendency to malignancy.

Keywords: Salivary Glands. Salivary gland neoplasms. Salivary gland, minor.

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Tabela dos diagnósticos das neoplasias de glândula salivar menor por ordem decrescente apresentando a quantidade em número absoluto e porcentagem.....60

Tabela 5.2 - Diagnósticos de neoplasias benignas em número absoluto e porcentagem em relação ao total de diagnóstico no período, em relação ao total de NGSMIO e em relação as NGSMIO benignas.....62

Quadro 5.1: Informações predominantes de cada diagnóstico da amostra de NGSMIO benigna.....83

Tabela 5.3 - Diagnósticos de neoplasias malignas em número absoluto, porcentagem em relação ao total de diagnóstico no período, porcentagem em relação ao total de NGSMIO e porcentagem em relação as NGSMIO malignas.....85

Quadro 5.2 - Informações predominantes de cada diagnóstico da amostra de NGSMIO maligna.....109

Quadro 5.3 - Relação NGSMIO benignas :malignas por década.....115

Quadro 5.4 - Relação NGSMIO benignas:malignas por década 117

Quadro 5.5 - Relação NGSMIO benignas:malignas por localização.....127

Quadro 5.6 - Relação NGSMIO benignas:malignas por lesão fundamental.....130

Quadro 5.7 - Relação NGSMIO benignas:malignas por coloração em mucosa.....134

Quadro 5.8 - Relação NGSMIO benignas:malignas em pacientes tabagistas, não tabagistas e ex-tabagistas.....136

Quadro 5.9 - Relação NGSMIO benignas:malignas em pacientes etilistas e não etilistas.....138

Quadro 5.10 - Relação NGSMIO benignas:malignas em relação à sintomatologia...140

Quadro 5.11 - Relação NGSMIO benignas:malignas quanto ao tamanho da lesão..141

Quadro 5.12 - Relação NGSMIO benignas:malignas quanto a duração da lesão.....142

LISTA DE FIGURAS

Figura 5.1 - Fluxograma representativo do processo de seleção dos 687 casos incluídos no estudo.....57

Gráfico 5.1 - Quantidade de casos de NGSMIO por localização anatômica (em número absoluto).....59

Gráfico 5.2 - Número de casos de NGSMIO por década de vida (em número absoluto).....59

Gráfico 5.3 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas por década de vida (em número absoluto).....63

Gráfico 5.4 - Número de casos de NGSMIO benignas por localização anatômica (em número absoluto) 64

Gráfico 5.5 - Proporção das hipóteses clínicas das NGSMIO benignas divididas em grupos. NGB: neoplasias de glândula benigna. NGM: neoplasia de glândula malignas. NG: neoplasia de glândula. ODB: outro diagnóstico benigno. ODM: outro diagnóstico maligno. DI: diagnóstico inespecífico. NI: não informado.....65

Gráfico 5.6 - Representação percentual do tipo de biópsia realizada pelos clínicos em casos posteriormente diagnosticados como NGSMIO benigna.....66

Gráfico 5.7 - Representação percentual das colorações apresentadas nos casos posteriormente diagnosticados como NGSMIO benignas.....67

Gráfico 5.8 - Representação percentual da duração das lesões posteriormente diagnosticadas como NGSMIO benignas.....68

Gráfico 5.9 - Quantidade de casos de AP por década de vida (em número absoluto)..... 69

Gráfico 5.10 - Quantidade de casos de AP por localização anatômica (em número absoluto) 70

Gráfico 5.11 - Quantidade de casos de Ca por década de vida (em número absoluto).....71

Gráfico 5.12 - Quantidade de casos de Ca por localização anatômica (em número absoluto) 72

Gráfico 5.13 - Quantidade de casos de Mep por década de vida (em número absoluto).....73

Gráfico 5.14 - Quantidade de casos de Mep por localização anatômica (em número absoluto) 74

Gráfico 5.15 - Quantidade de casos de AC por década de vida (em número absoluto).....75

Gráfico 5.16 - Quantidade de casos de AC por localização anatômica (em número absoluto).....76

Gráfico 5.17 - Quantidade de casos de SP por década de vida (em número absoluto).....77

Gráfico 5.18 - Quantidade de casos de SP por localização anatômica (em número absoluto) 78

Gráfico 5.19 - Quantidade de casos de ACB por década de vida (em número absoluto).....79

Gráfico 5.20 - Quantidade de casos de ACB por localização anatômica (em número absoluto).....80

Gráfico 5.21 - Quantidade de casos de PD por década de vida (em número absoluto).....81

Gráfico 5.22 - Quantidade de casos de TW por década de vida (em número absoluto).....82

Gráfico 5.23 - Quantidade de casos de NGSMIO malignas por década de vida (em número absoluto).....86

Gráfico 5.24 - Quantidade de casos de NGSMIO malignas por localização anatômica (em número absoluto) 87

Gráfico 5.25 - Proporção das hipóteses clínicas das NGSMIO malignas divididas em grupos. NGB: neoplasias de glândula benigna. NGM: neoplasia de glândula malignas. NG: neoplasia de glândula. ODB: outro diagnóstico benigno. ODM: outro diagnóstico maligno. DI: diagnóstico inespecífico. NI: não informado.....88

Gráfico 5.26 - Proporção de NGSMIO benignas e malignas encontras no presente levantamento.....89

Gráfico 5.27 - Representação percentual do tipo de biópsia realizada pelos clínicos em NGSMIO posteriormente diagnosticadas como maligas.....90

Gráfico 5.28 - Representação percentual das colorações apresentadas pelas NGSMIO malignas.....91

Gráfico 5.29 - Quantidade de casos de CME por década de vida (em número absoluto).....92

Gráfico 5.30 - Quantidade de casos de CME por localização anatômica (em número absoluto).....93

Gráfico 5.31 - Quantidade de casos de AcP por década de vida (em número absoluto).....94

Gráfico 5.32 - Quantidade de casos de AcP por localização anatômica (em número absoluto).....95

Gráfico 5.33 - Quantidade de casos de CAC por década de vida (em número absoluto).....96

Gráfico 5.34 - Quantidade de casos de CAC por localização anatômica (em número absoluto) 97

Gráfico 5.35 - Quantidade de casos de AcSOE por década de vida (em número absoluto)..... 98

Gráfico 5.36 - Quantidade de casos de AcSOE por localização anatômica (em número absoluto) 99

Gráfico 5.37 - Quantidade de casos de CeAP por década de vida (em número absoluto) 100

Gráfico 5.38 - Quantidade de casos de CeAP por localização anatômica (em número absoluto) 101

Gráfico 5.39 - Quantidade de casos de CCA por década de vida (em número absoluto).....102

Gráfico 5.40 - Quantidade de casos de CCA por localização anatômica (em número absoluto) 103

Gráfico 5.41 - Quantidade de casos de CCC por década de vida (em número absoluto).....104

Gráfico 5.42 - Quantidade de casos de CCC por localização anatômica (em número absoluto) 105

Gráfico 5.43 - Diagnóstico de NGSMIO benignos por década (primeira a quinta) em número absoluto.... 111

Gráfico 5.44 - Diagnóstico de NGSMIO malignas por década (primeira a quinta) em número absoluto.....112

Gráfico 5.45 - Diagnóstico de NGSMIO benignos por década (sexta a décima) em número absoluto.....113

Gráfico 5.46 - Diagnóstico de NGSMIO malignos por década (sexta a décima) em número absoluto.....114

Gráfico 5.47 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por década.....115

Gráfico 5.48 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas em paciente do sexo feminino.....116

Gráfico 5.49 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas em paciente do sexo masculino.....117

Gráfico 5.50 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas na mucosa jugal.....118

Gráfico 5.51 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas no lábio.....119

Gráfico 5.52 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas no lábio inferior.....120

Gráfico 5.53 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas no lábio superior.....121

Gráfico 5.54 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas no palato.....122

Gráfico 5.55 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas no assoalho.....123

Gráfico 5.56 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas no fundo de sulco.....124

Gráfico 5.57 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas na região retromolar.....125

Gráfico 5.58 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas na língua.....126

Gráfico 5.59 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas em outras localizações.....126

Gráfico 5.60 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como nódulo.....128

Gráfico 5.61 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como bolha.....128

Gráfico 5.62 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como úlcera.....129

Gráfico 5.63 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como mancha.....129

Gráfico 5.64 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como enegrecidas.....131

Gráfico 5.65 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como brancas.....131

Gráfico 5.66 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como vermelha.....132

Gráfico 5.67 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como arroxeadas.....133

Gráfico 5.68 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como amareladas.....133

Gráfico 5.69 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente com cor de mucosa normal.....134

Gráfico 5.70 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas diagnosticadas em pacientes tabagistas.....135

Gráfico 5.71 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas diagnosticadas em pacientes não tabagistas.....136

Gráfico 5.72 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas diagnosticadas em pacientes etilistas.....137

Gráfico 5.73 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas diagnosticadas em pacientes não etilistas.....138

Gráfico 5.74 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas assintomáticas.....139

Gráfico 5.75 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas sintomáticas.....140

Gráfico 5.76 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas submetidas à biopsias incisionais.....143

Gráfico 5.77 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas submetidas à biopsias excisionais.....144

Gráfico 5.78 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas submetidas à biopsias por curetagem.....144

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 29
2 REVISÃO DE LITERATURA 31
2.1 NEOPLASIAS DE GLÂNDULA SALIVAR 31
2.2 NEOPLASIAS BENIGNAS (OMS 2017) 33
2.2.1 Adenoma canalicular (AC) 33
2.2.2 Adenoma de células basais (ACB) 34
2.2.3 Adenoma pleomórfico (AP) 35
2.2.4 Adenoma sebáceo (AS) 36
2.2.5 Cistadenoma (Ca) 36
2.2.6 Linfoadenoma (La) 37
2.2.7 Mioepitelioma (Mep) 37
2.2.8 Oncocitoma (Oct) 38
2.2.9 Papilomas ductais (PD ou PDI) 38
2.2.10 Sialoadenoma papilífero (SP) 39
2.2.11 Tumor de Warthin (TW) 39
2.3 NEOPLASIAS MALIGNAS 40
2.3.1 Adenocarcinoma de células basais (AcCB) 40
2.3.2 Adenocarcinoma polimorfo (AcP) 41
2.3.3 Adenocarcinoma sebáceo (AcS) 42
2.3.4 Adenocarcinoma sem outra especificação (AcSOE) 42
2.3.5 Carcinoma adenoide cístico (CAC) 43
2.3.6 Carcinoma de células acinares (CCA) 43
2.3.7 Carcinoma de células claras (CCC) 44
2.3.8 Carcinoma do ducto salivar (CDS) 44
2.3.9 Carcinoma epitelial-mioepitelial (CEM) 45
2.3.10 Carcinoma epidermoide (CE) 45
2.3.11 Carcinoma ex adenoma pleomórfico (CeAP) 46
2.3.12 Carcinoma intraductal (CID) 46
2.3.13 Carcinoma linfoepitelial (CL) 47
2.3.14 Carcinoma mioepitelial (CM) 47
2.3.15 Carcinoma mucoepidermoide (CME) 48
2.3.16 Carcinoma oncocítico (CO) 48
2.3.17 Carcinoma pobremente diferenciado (CPD) 49
2.3.18 Carcinoma secretório (CS) 49
2.3.19 Carcinossarcoma (Css) 50
2.3.20 Sialoblastoma (Sb) 50
3 PROPOSIÇÃO 53
4 MATERIAL E MÉTODOS 55
4.1 DESENHO DO ESTUDO 55
4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO 55
4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO 56
4.4 DADOS COLETADOS 56
4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA 56
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 57

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 57
5.2 QUANTO AS LESÕES BENIGNAS 62
5.2.1 Adenoma pleomórfico 68
5.2.2 Cistadenoma 71
5.2.3 Mioepitelioma 73
5.2.4 Adenoma canalicular 75
5.2.5 Sialoadenoma papilífero 77
5.2.6 Adenoma de células basais 79
5.2.7 Papiloma ductal invertido 80
5.2.8 Tumor de Warthin 82
5.3 QUANTO AS LESÕES MALIGNAS 84
5.3.1 Carcinoma mucoepidermodie 92
5.3.2 Adenocarcinoma polimorfo 93
5.3.3 Carcinoma adenoide cístico 95
5.3.4 Adenocarcinoma SOE 98
5.3.5 Carcinoma ex adenoma pleomórfico 99
5.3.6 Carcinoma de células acinares 102
5.3.7 Carcinoma de células claras 103
5.3.8 Carcinoma mioepitelial 105
5.3.9 Adenocarcinoma de células basais 106
5.3.10 Carcinossarcoma 107
5.3.11 Carcinoma epitelial mioepitelial 107
5.3.12 Carcinoma intraductal 107
5.3.13 Carcinoma linfoepitelial 108
5.3.14 Carcinoma secretório 108
5.4 QUANTO AOS DADOS DAS FICHAS 110
5.4.1 Idade 110
5.4.2 Sexo 116
5.4.3 Região da lesão 118
5.4.4 Aspecto clínico da lesão (lesão fundamental) 127
5.4.5 Coloração da lesão em mucosa 130
5.4.6 Tabagismo 135
5.4.7 Etilismo 137
5.4.8 Sintomatologia 139
5.4.9 Tamanho da lesão (em centímetros, cm) 141
5.4.10 Duração da lesão em meses 141
5.4.11 Tipo de biópsia realizada 142

6 CONCLUSÕES 147

REFERÊNCIAS[1] 153

1 INTRODUÇÃO

As neoplasias de glândulas salivares (NGS) são consideradas incomuns sendo que as neoplasias que acometem as glândulas menores são ainda mais raras, uma vez que a maioria dos casos acometem as glândulas salivares maiores principalmente as parótidas.

Os estudos epidemiológicos referentes a essas neoplasias apresentam resultados diversos por causa da origem dos casos (centro médico ou odontológico), do uso de diferentes classificações, da análise de grupos etários específicos, da restrição a uma localização anatômica ou da restrição a um tipo específico de tumor. Também é frequente o agrupamento das neoplasias de glândulas salivares maiores e menores, dificultando a identificação da real incidência das últimas, uma vez que estudos exclusivos sobre as suas características clinico patológicas são escassos.

Sendo assim, não há muita informação na literatura sobre a incidência das neoplasias de glândulas salivares menores intra-orais (NGSMIO), que apesar de pouco frequentes são de grande importância para o cirurgião-dentista.

Frente a essa dificuldade esse estudo vem, através da experiência diagnóstica do maior centro de referência de patologia oral do Brasil, realizar um levantamento dos diagnósticos dessas neoplasias realizados nos últimos 21 anos para identificar o perfil dos pacientes acometidos; a fim tanto de auxiliar a prática clínica como nortear futuras pesquisas nesse campo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 NEOPLASIAS DE GLÂNDULA SALIVAR

As glândulas salivares são estruturas anatômicas amplamente distribuídas na região maxilofacial que podem ser divididas em dois principais grupos (1,2):

I) as seis glândulas maiores, divididas em três pares: Parótidas Submandibulares e Sublinguais(1–4); e

II) as centenas de glândulas menores distribuídas por toda a cavidade oral (exceto gengiva inserida e dorso da língua), seios paranasais e espaço parafaríngeo (1–6).

Diversas doenças podem acometer essas glândulas, como as neoplasias, infecções, inflamações e doenças autoimunes (1,7). Dentre elas, as primeiras são pouco frequentes, com uma incidência anual variando de 0,4 a 13,5 casos por 100.000 habitantes (2,3,8–10), correspondendo a 1% das neoplasias em geral (11,12) e de 1 a 10% das de cabeça e pescoço (3,4,8–11,13–16) e em apenas 9 a 23% dos casos, as glândulas menores são acometidas, tornando-as relativamente incomuns (13,17). A frequência das neoplasias malignas é ainda menor: 0,16 a 2,6 casos por 100.000 habitantes (2,9,18).

As neoplasias ocorrem mais frequentemente em parótida e são raras nas glândulas sublinguais, (1–3,8,9,12,15,19,20) enquanto as glândulas salivares menores são consideradas o segundo local mais acometido (1–3,8,9,15,19,20), sendo que, em alguns trabalhos, (2,3,8,9,20) o número de casos que acometem o palato já é suficientemente maior do que o número de casos que acometem a glândula submandibular.

A histopatologia dessas neoplasias é considerada a mais diversa e complexa do corpo humano (2,4,15), uma vez que compreendem um grupo grande de lesões heterogêneas tanto morfológica quanto histologicamente, o que pode ser justificado pela variedade de células que podem causá-las; e também pelas suas características clinico-patológicas complexas e comportamentos biológicos distintos (2,7–11,15,21). Dentre os desafios para a sua compreensão completa encontram-se o entendimento

do seu desenvolvimento e a identificação das suas causas, já que pouco se sabe sobre a etiologia dessas lesões (7,19).

A classificação dessas é dinâmica e complexa, sendo seu diagnóstico histológico trabalhoso (19). A maior parte dos pacientes acometidos são adultos, (19) por volta da quinta década de vida (10) e mulheres (5,10,19,20), sendo que cerca de 58-75% dos diagnósticos são de tumores benignos (5,19,20). Nos estágios iniciais não se pode distinguir clinicamente as neoplasias benignas das malignas, já que ambas se apresentam como um aumento de volume, de duração variável, recoberto por mucosa normal, que pode se tornar ulcerada (5,10).

A relação entre neoplasias benignas e malignas é glândula dependente (1).

I) Quanto às glândulas maiores:

a. as mais afetadas são as parótidas (64-80%),(1,8,12,15,19,22) sendo o adenoma pleomórfico (AP) o diagnóstico mais comum (53-78%), enquanto em apenas 15-32% dos casos o diagnóstico se trata de uma neoplasia maligna e quando esse é o caso o carcinoma mucoepidermoide (CME) é a mais frequente (19,22).
b. Poucas neoplasias costumam afetar as glândulas submandibulares (8-12%), sendo o AP novamente a mais frequente (44-68%), no entanto a taxa de neoplasias malignas que acometem esse local é maior (30-45%) e o carcinoma adenoide cístico (CAC) é a mais comum (19,22).
c. Nas glândulas sublinguais essas neoplasias são raras (0,3-1%) e de 70-90% delas são malignas (19,22).

II) Quanto às glândulas menores:

a. São consideradas (1–3,8,13,15,19,20,22) a segunda localização mais comum de NGS (9-23%). Sendo, que alguns estudos relatam que são mais acometidas por neoplasias benignas (5,8,13,17,23) e em outros por malignas (2,3,6,15,16);
b. São mais comuns no palato (42-54%), lábios (21-25%) – sendo que destes o lábio superior compreende 77-89%, sendo considerado a segunda localização mais comum - e mucosa jugal 11-15% (2,3,5,8,13,20,22).

c. Os diagnósticos mais frequentes de NGS em glândulas menores são de AP, CME, CAC e Adenocarcinoma polimorfo (AcP)(2,8,9,13–17,22–28).
d. Dentre as neoplasias de palato e mucosa jugal 38-50% são malignas, semelhante à prevalência de malignidade em todas as glândulas menores combinadas (22). Enquanto nas de lábio inferior, apesar de incomuns, 50-90% são malignas, principalmente CME. (22) No entanto, 90% dos adenomas canaliculares (AC) acometem o lábio superior e apenas 5-25% das neoplasias dessa região são malignas (5,22). Na região retromolar mais de 91% são malignas (22).

2.2 NEOPLASIAS BENIGNAS (OMS, 2017)

2.2.1 Adenoma canalicular (AC)

Neoplasia composta por células ductais epiteliais monomórficas arranjadas em cordões que se anastomosam em um estroma vascularizado, frouxo e pouco celular (1,22,29). Se apresenta clinicamente como um aumento de volume indolor, de crescimento lento, firme ou flutuante, cuja mucosa sobrejacente pode ser de coloração normal a azulada (1,22,29). Essa lesão também pode ser chamada de adenoma ductal ou adenoma do ducto estriado (29).

Raramente acomete pacientes antes dos 50 anos (1,22,26,28,29), alguns autores afirmam uma prevalência para o sexo feminino (1,17,22,25,26,28) enquanto a OMS relata que há prevalência para o sexo masculino (29).

É uma neoplasia quase que exclusivamente de glândulas salivares menores, sendo que de 75-81% dos casos ocorrem em lábio superior (17,20,25,26), onde é a 1ª ou 2ª neoplasia mais comum, concorrendo com o AP (1,22,29). A mucosa jugal é

a segunda localização mais comum, raramente acomete palato, é incomum em outras glândulas menores e raramente acometendo parótida (1,22,29).

O tratamento consiste na excisão cirúrgica com prognóstico excelente e recidiva incomum (1,5,22,29).

2.2.2 Adenoma de células basais (ACB)

Consiste em uma neoplasia composta por pequenas células basaloides com a formação ocasional de ninhos ou cordões de células epiteliais ductais (29). Esta lesão se apresenta clinicamente como uma massa solitária, móvel e bem definida, de crescimento lento e indolor, eventualmente se apresenta de maneira multifocal ou multinodular (1,22,29). Representa de 1 a 3,7% das NGS e de 1-2% dos adenomas. (1,22,29) Também pode ser denominada adenoma monomórfico, adenoma basaloide de glândula salivar ou adenoma membranoso (29).

Acomete pacientes entre 35 a 80 anos (13,16,27) (com média de idade aos 60 anos), a OMS(29) afirma que há uma discreta predileção pelo sexo feminino enquanto outros autores (13,16,17,22,28) afirmam que essa predileção é mais evidente e outros (1) afirmam uma nítida predileção por pacientes do sexo masculino.

Acomete mais glândulas salivares maiores, sendo que de 70-80% dos casos acometem a glândula parótida,(1,22,29) seguida pelas glândulas submandibulares e é extremamente raro em glândulas menores (1,29). No entanto estudos (22) afirmam que as glândulas menores são a segunda localização mais comum dessa neoplasia sendo que, quando ocorre nesse grupo de glândulas os locais mais frequentes são: lábio superior, palato, mucosa jugal e lábio inferior (1,22).

O tratamento indicado é a completa remoção cirúrgica, as recorrências são raras e mais frequentes no tipo membranoso (1,22,29).

2.2.3 Adenoma pleomórfico (AP)

É uma neoplasia benigna com diversas manifestações citomorfológicas e arquiteturais, que também pode ser chamada de tumor benigno misto (29). É a NGS mais comum tanto em crianças quanto em adultos, sendo a neoplasia de glândula salivar menor primária mais comum na infância (22,29). Representa aproximadamente metade das NGS e mais de 90% das benignas (30).

Contabiliza cerca de 53 -77% das neoplasias de parótida, 44 - 68% das de glândula submandibular e 33 - 50% das de glândulas menores (1,19,22). Quanto a sua frequência por sítio, 85% dos AP ocorrem em parótida, 8% em glândulas submandibulares e 7% em glândulas menores sendo que nestas 50% acometem palato (2,3,29,31,8,13,16,17,20,25–27), 27% lábio superior e 17% mucosa jugal (1,22,30). Segundo a OMS os locais mais acometidos são parótida, palato e submandibular (29).

Acomete pacientes de todas as idades, sendo mais comum entre 3ª e 6ª décadas de vida com média de idade aos 45 anos (1,16,22,27,29). Há um aumento no número de casos de 15 a 20 anos após a exposição a radiação. (29) Quanto a predileção por sexo essa informação diverge entre: discreta predileção pelo sexo feminino (22,30), predileção pelo sexo feminino (13,16,17,25,26,28) e uma ligeira (29) predileção para o sexo masculino (1).

Clinicamente se apresenta como uma massa firme, de crescimento lento e indolor, podendo ser solitário, sincrônico ou metacrônico (1,19,22,29,30). O tratamento costuma ser a excisão cirúrgica com margens livres (1,5,19,22). Quanto ao prognóstico, as informações variam de excelente, com taxa de cura de mais de 95% (22,30) a tendência à recorrência (em torno de 43%) e à transformação maligna, (2,30) enquanto outros afirmam que as recorrências são raras e a transformação maligna varia de 5 - 6,2% dos casos, principalmente em neoplasias antigas (5,22,29,30).

2.2.4 Adenoma sebáceo (AS)

São neoplasias raras correspondendo a 0,1% das NGS e menos de 0,5% dos adenomas (1,29). Existem pouco mais de 30 casos reportados. São neoplasias bem circunscritas compostas por ninhos de células sebáceas de forma e tamanho variados, sem atipia, caracterizados clinicamente como uma massa indolor (29).

Ocorrem mais frequentemente em glândulas maiores (61%), sendo a parótida a mais comum (48-50%) e 13% em submandibular. Os outros 39% acontecem em glândulas menores, principalmente em mucosa jugal e região retromolar (1,29).

A idade dos pacientes varia de 22 a 90 anos sendo a média de 59 anos e uma discreta predileção de 4:3 para o sexo masculino. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica e quando feita completamente a neoplasia não tende a recorrer (1,29).

2.2.5 Cistadenoma (Ca)

Lesão rara de padrão de crescimento predominantemente multicístico, cujos cistos são revestidos por epitélio proliferativo frequentemente papilar, que muitas vezes mostra diferenciação oncocítica. Apresenta-se clinicamente como uma massa de crescimento lento e indolor, que quando acomete glândulas menores, faz diagnóstico diferencial com mucocele (29).

Também pode ser chamada de adenoma ductal cístico, hiperplasia papilar intraductal (não neoplásica) e tumor de Warthin sem componente linfoide (29).

Representa 4% das neoplasias de glândula salivar, é mais comum em mulheres (17,25,26,29), entre 3ª e 7ª década de vida (16,29). Acomete de maneira semelhante glândulas maiores e menores, sendo que 45-50% dos casos acometem parótida seguido por lábio e mucosa jugal (29).

O tratamento de escolha é cirúrgico e as recorrências são raras (5,29).

2.2.6 Linfoadenoma (La)

É uma lesão benigna rara de proliferação bifásica (células epiteliais e tecido linfoide reativo), bem circunscrita. Caracterizada clinicamente por uma massa móvel de crescimento lento e indolor (29).

Não apresenta predileção por sexo, acomete pacientes entre 10-78 anos (média 65 anos). Mais de 80% dos casos acometem glândula parótida, também pode ocorrer em glândulas menores e glândula submandibular. A variante não sebácea é exclusiva de parótida. O tratamento pela excisão cirúrgica é curativo e raramente ocorre transformação maligna (29).

2.2.7 Mioepitelioma (Mep)

Neoplasia exclusivamente composta por células com diferenciação mioepitelial, também chamada de tumor de células mioepiteliais, adenoma mioepitelial ou adenoma monomórfico. Corresponde a 1,5% de todas as neoplasias de glândula, 2,2% das neoplasias de glândulas maiores e 5,7% das neoplasias de glândulas menores (29). É mais comum na parótida e em palato (2,3,8,9,13,16,20,26,27), mas raro em glândula submandibular (40%) (1,29).

Parece acometer igualmente homens e mulheres, (1,29) apesar de alguns estudos apresentarem predominância para o sexo feminino (9) ou masculino (16). É mais comum em adultos e raro em crianças, podendo acometer pacientes de todas as idades (9-85 anos) com pico entre 3ª e 9ª década de vida (média entre 44 e 53 anos) (1,9,16,29).

Apresenta-se clinicamente como um nódulo sólido de crescimento lento, indolor e bem circunscrito (29). O tratamento consiste na excisão cirúrgica com margens, o prognóstico é excelente e as recorrências são infrequentes (1,29). A transformação maligna para carcinoma mioepitelial é rara e normalmente acontece em casos de recorrências múltiplas ou lesões de longa duração (29).

2.2.8 Oncocitoma (Oct)

Neoplasia glandular considerada de incomum a rara (1-2%) predominantemente composta por oncócitos. Apresenta-se como um aumento de volume unilateral, indolor, firme a palpação, de crescimento lento. Também pode ser chamado de adenoma oncocítico (1,19,22,29). Acredita-se que haja uma ligação entre a radiação e o desenvolvimento dessa lesão (29).

Acomete mais pacientes idosos, entre 6ª e 8ª década de vida, com média de idade de 64 anos (19,22,29). Apresenta uma discreta predileção pelo sexo feminino, quando se refere a variante de células claras, que pode não ser significante (22,29). De 80-90% dos casos acometem parótida (1,19,22,29) mas também podem acometer as glândulas submandibulares e glândulas menores, sendo essa última mais rara (1,22,29).

O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica podendo ser conservadora ou a remoção total da glândula maior, em glândula menor é feita a excisão cirúrgica com margem (1,22,29). As recorrências verdadeiras são raras (1,29).

2.2.9 Papilomas ductais (PD ou PDI)

Consistem em proliferações luminais de epitélio ductal que ocorrem em vários locais dentro do sistema ductal salivar e que, dependendo do padrão de crescimento podem ser classificadas como: papiloma intraductal ou papiloma ductal invertido (29). Essas lesões também podem ser chamadas de adenoma papilífero epidermoide (29). A incidência precisa dessas lesões é desconhecida, mas ambas são consideradas raras (29).

Acometem pacientes adultos (1,5,13,16,22,28,29), de 22-77 anos, sem predileção por sexo (1,16,28,29), apenas um estudo (9) encontrou mais pacientes do sexo feminino. É raro em crianças e de etiologia desconhecida (29). Há casos relatados em todas as glândulas maiores, principalmente na parótida, mas são mais comuns nas glândulas menores, (22,29) acometem lábio inferior, mucosa jugal,

assoalho, palato e língua (5,9,13,22,29). Clinicamente se apresentam como nódulos submucosos indolores (1,5,22,29).

O tratamento consiste na excisão completa. Não há relato de transformação maligna e as recidivas são raras (1,5,22,29).

2.2.10 Sialoadenoma papilífero (SP)

É uma lesão rara, indolor, exofítica, caracterizada por uma proliferação papilífera do epitélio da mucosa e do ducto salivar e dilatação ductal. A etiologia dessa lesão ainda não é definida, no entanto algumas causas possíveis são: inflamação e sialolitíase (1,5,29).

Se tratando de uma lesão rara, seus dados epidemiológicos são bastante variáveis, porém nota-se que ela acomete pacientes adultos, na maioria idosos por volta da 8ª década de vida, mas pode acometer pacientes a partir da 5ª década de vida (1,5,22,25,26,28,29). A proporção de casos entre homens e mulheres varia de igual a 1,5 vezes mais homens ou mais mulheres (1,5,22,26,28,29) Acomete mais glândulas menores, principalmente palato (20,25) e mucosa jugal, sendo raro em parótida. A excisão cirúrgica é curativa e a recorrência é extremamente rara (1,5,22,29). Já foi reportada transformação maligna (29).

2.2.11 Tumor de Warthin (TW)

Neoplasia benigna composta por células oncocíticas epiteliais do revestimento ductal, formando estruturas papilares e císticas em um estroma linfoide (1,22,29). Pode ser chamado também de adenolinfoma, cistadenoma papilifero linfomatoso, cistadenolinfoma (29). É a neoplasia que mais frequentemente ocorre de forma bilateral (5-17%) e sincronicamente com outras NGS (1,22,29).

É a segunda neoplasia benigna mais comum da parótida (5-15%) (22,29). Acomete pacientes entre 5ª e 8ª décadas de vida (1,13,16,22,29) e existe uma

predominância para o sexo masculino que varia de leve (29) a marcante (10:1) (22). Há relatos de uma associação entre o desenvolvimento do TW e o cigarro, que aumenta o risco do seu desenvolvimento em 8 vezes (1,22,29). Também já foi sugerido que está associado a exposição à radiação, assim como à doenças autoimunes e ao EBV (29). Quase exclusivo de parótida, representando 9% das neoplasias dessa região, sendo raro nas glândulas submandibulares e menores (1,19,22,29).

Acredita-se que ele possa se originar no interior do linfonodo pelo aprisionamento de elementos das glândulas salivares durante o desenvolvimento ou que seja uma proliferação de epitélio glandular associado a formação secundária de tecido linfoide (1,22).

Caracteriza-se clinicamente como um aumento de volume firme, flutuante, cuja superfície pode ser lisa ou lobulada, de crescimento lento e indolor. (1,22,29) O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica completa (19,22,29) e a recorrência local é baixa (6-12%), acredita-se que a maioria ocorra por lesões multicêntricas com excisão inadequada (1,22,29).

2.3 NEOPLASIAS MALIGNAS

2.3.1 Adenocarcinoma de células basais (AcCB)

Neoplasia caracterizada por células basais e mioepiteliais neoplásicas formando ninhos e estruturas glandulares. Também pode ser chamada de adenocarcinoma de células basais ex-adenoma monomórfico ou tumor maligno análogo ao dermal. Caracterizado clinicamente como um nódulo de crescimento lento (29).

São lesões raras, que acometem mais frequentemente a parótida, em pacientes entre a 6ª e 7ª décadas de vida, segundo a OMS sem predileção por sexo

(29), no entanto em um estudo (28) ocorreu mais em pacientes do sexo masculino e em outro (17) feminino.

O tratamento de eleição é a excisão cirúrgica com margens livres e como se trata de uma malignidade de baixo grau seu desfecho tende a ser favorável, apresentando recorrência em apenas 1/3 dos casos e as metástases linfonodais, à distância assim como a morte pela doença são raras (1,29).

2.3.2 Adenocarcinoma polimorfo (AcP)

Neoplasia maligna epitelial caracterizada por uma uniformidade citológica, diversidade morfológica e um padrão de crescimento infiltrativo, que também pode ser chamada de carcinoma do ducto terminal, carcinoma lobular, adenocarcinoma cribriforme de língua/glândulas salivares menores (29). Clinicamente se apresenta como uma massa indolor de crescimento lento (1,22,29).

É uma lesão bastante frequente sendo considerado a primeira (22) ou segunda (29) neoplasia maligna mais frequente das glândulas menores, sendo que 60-65% dos casos acometem palato, (1,2,24–26,29,3,8,9,13,16,17,19,22) também pode acometer mucosa jugal, região retromolar, lábio superior e base de língua. (22,29) É incomum em glândulas maiores (29). Quanto a predileção por sexo, a maior parte dos trabalhos revela uma predileção pelo sexo feminino (17,22,25,26,28,29). Acomete pacientes dos 16-94 anos com média de idade de 59 anos, sendo mais frequente entre 5ª e 8ª década de vida (1,13,16,22,26–29).

O tratamento dessa lesão consiste na excisão cirúrgica (1,5,22) ampla (22) ou conservadora (1). Tem uma boa sobrevida, com recorrência local variando de 9-33% (1,5,29).

2.3.3 Adenocarcinoma sebáceo (AcS)

Caracterizada por células sebáceas neoplásicas de diversas maturações arranjadas em lençóis e/ou ninhos que apresentam vários graus de pleomorfismo, atipia nuclear e invasão (29).

É uma lesão rara (50 casos) com 2 picos de distribuição etária: na terceira e entre 7ª e 8ª décadas, acometendo pacientes dos 9 aos 93 anos, de ambos os sexos. Acomete parótida (podendo ser *de novo* ou de um ex AP), glândulas menores e submandibular. As lesões orais parecem ter um melhor prognóstico (29).

2.3.4 Adenocarcinoma sem outra especificação (AcSOE)

Trata-se de um espectro de carcinomas epiteliais que se originam do epitélio do ducto salivar ou no interior das glândulas salivares, formando estruturas ductais ou glandulares, com ou sem formação cística, excluindo os carcinomas de glândulas salivares conhecidos (1,29). Também chamado de adenocarcinoma sem classificação, (adeno)carcinoma ductal, cistadenocarcinoma, cistadenocarcinoma mucinoso, cistadenocarcinoma papilar ou adenocarcinoma tipo intestinal (29).

Representa menos de 10 a 15% dos carcinomas de glândulas salivares (5,29), muito raro em crianças, acometendo pacientes com média de idade de 58 anos (13,16,27), sem preferência por sexo (28), 50% dos casos ocorrem em glândula parótida e 40% em glândula menor (palato duro, mucosa jugal e lábios) (22,29,31).

O tratamento consiste na excisão cirúrgica, com radioterapia adjuvante para casos específicos (5). A sobrevida depende do grau, para neoplasias de alto grau está em torno de 3%, intermediário 31% e baixo 54% (29).

2.3.5 Carcinoma adenoide cístico (CAC)

Neoplasia composta de células epiteliais e mioepiteliais neoplásicas que formam vários padrões incluindo tubular, cribriforme e sólido (22,29). Caracterizada clinicamente por um aumento de volume de crescimento lento que pode apresentar dor e/ou parestesia (1,19,22,29). Acomete pacientes de meia idade, entre 5ª e 7ª década de vida, por volta dos 57 anos (13,17,25,26,28,29), tem predileção pelo sexo feminino (13,16,17,25,26,28,29). Representa de 20% a 30% de todas as neoplasias malignas de glândula salivar em adultos e 8,8% das de crianças (30). É mais comum em glândulas maiores, no entanto mais de 1/3 dos casos acometem glândulas menores, sendo que 50-60% desses ocorrem em palato (1,2,25–27,29,31,3,8,9,13,16,17,22,24).

O tratamento é a excisão cirúrgica radical podendo ou não estar associada a radioterapia pós-operatória (1,5,19,22,29,30). De 35-50% dos casos desenvolvem metástase a distância (pulmões, ossos, fígado e cérebro), enquanto a metástase para linfonodo é incomum. A taxa sobrevida de 5 anos varia entre 60-80%, de 10 anos entre 50-70%, de 15 anos entre 25-40% e de 20 anos cerca de 25%(1,5,22,29).

2.3.6 Carcinoma de células acinares (CCA)

Neoplasia glandular composta por células com características acinares serosas (22,29) que clinicamente se apresenta como uma massa de crescimento lento podendo ser sintomática ou não (1,22,29). É uma neoplasia predominantemente de glândulas salivares maiores principalmente parótida (80-95%), e apenas 9-17% acometem glândulas menores (mucosa jugal, palato e lábios) e 4% glândula submandibular (1,5,19,22,29). Essa neoplasia também pode ser chamada de adenocarcinoma de células ácinicas (29).

Acomete pacientes de uma ampla faixa etária, de 2ª a 7ª década de vida com idade média por volta dos 40-50 anos, sendo que apenas 35% dos casos ocorrem em pacientes com mais de 60 anos e 4% em pacientes com menos de 20 anos, apesar

disso é considerada a segunda neoplasia maligna mais comum em crianças (1,5,13,16,22,29). Acomete mais pacientes do sexo feminino. (16,17,25,28)

O tratamento de eleição para essa lesão é a cirurgia com radioterapia adjuvante para casos específicos (1,5,22). O prognóstico é bastante variável pois apesar de não agressivo, parte dos casos pode causar metástases para linfonodo regional ou pulmão, a recorrência ocorre em torno de 12-35% dos casos, a sobrevida em 5 anos é de 89% e a de 20 anos varia de 90-56% , sendo discretamente melhor para pacientes do sexo feminino. As metástases ocorrem em cerca de 8-15% dos casos sendo 10% regionais e 15% à distancia e de 6-26% dos pacientes vêm a óbito pela doença (1,5,22,29).

2.3.7 Carcinoma de células claras (CCC)

É uma neoplasia maligna de baixo grau, composta por células malignas com citoplasma claro no qual podem ou não ser observadas áreas hialinização (5,29). Se apresenta clinicamente como um nódulo submucoso que pode apresentar dor ou ulceração (1,29). Também chamado de carcinoma hialinizante de células claras (29).

Acomete mais pacientes do sexo feminino, entre 5ª e 6ª década de vida, raro em crianças e 80% dos casos ocorrem em glândulas menores (palato e base de língua) (1–3,13,29).

O tratamento é a excisão com margens livres (5,29). Tem um bom prognóstico, as recidivas são incomuns e os pacientes raramente morrem pela doença (1,5,29).

2.3.8 Carcinoma do ducto salivar (CDS)

Uma das neoplasias malignas de glândula mais agressivas, semelhante ao carcinoma ductal mamário de alto grau, que pode ocorrer *de novo* ou como consequência do componente maligno do carcinoma ex adenoma pleomórfico (19,29). Essa lesão também pode ser chamada de carcinoma ductal de alto grau (29).

Corresponde a 10% das malignidades com predileção pelo sexo masculino (80%), acomete mais indivíduos idosos, com pico de incidência entre 6ª e 7ª década de vida. Todas as glândulas podem ser afetadas, mas 80% dos casos acometem a parótida, seguida pela submandibular (1,19,29).

O tratamento da lesão consiste na excisão cirúrgica e o prognóstico é ruim, cerca de 50-65% dos pacientes morrem pela doença em até 6 anos. A recorrência local é frequente e as metástases são precoces, tanto para linfonodo regional quanto a distância (pulmão e osso) (1,19,29).

2.3.9 Carcinoma epitelial-mioepitelial (CEM)

Neoplasia de glândula salivar incomum, representando menos de 5% das malignidades, composta por um arranjo bifásico de células ductais e luminais internamente e por fora mioepiteliais, também chamado de adenomioepitelioma (29).

Clinicamente se apresenta como um nódulo de crescimento lento e indolor (29). Mais comum em glândulas maiores (parótida e submandibular), acomete pacientes entre 6ª e 8ª década de vida e é mais frequente em mulheres (2:1) (1,19,29).

2.3.10 Carcinoma epidermoide (CE)

O carcinoma epidermoide primário de glândula salivar é raro e o diagnóstico só pode ser feito após a exclusão do cutâneo, também deve-se excluir a possibilidade de se tratar de uma diferenciação epidermoide de um carcinoma salivar (29).

É limitado às glândulas maiores, sendo sua localização mais comum as glândulas submandibulares e parótidas (1,29). Acomete pacientes a partir da sétima década de vida (1), e dentre os fatores predisponentes inclui-se longas obstruções ductais e litíases (1,29).

O tratamento é a cirurgia. O prognóstico é desconhecido devido à raridade, mas a sobrevida depende do estágio clínico, da recorrência local e da metástase para linfonodos regionais, que é mais comum que as metástases a distância (1,29).

2.3.11 Carcinoma ex adenoma pleomórfico (CeAP)

O Carcinoma ex adenoma pleomórfico consiste em uma neoplasia maligna epitelial e/ou mioepitelial desenvolvida de um adenoma pleomórfico primário ou recorrente (1,22,29). Clinicamente se apresenta como um aumento de volume de crescimento rápido em um nódulo de crescimento lento de longa duração (1,22,29).

Acomete discretamente mais mulheres entre sexta e oitava década de vida, com média de idade de 60 anos, ocorrendo de uma a duas décadas mais tarde que o adenoma pleomórfico (1,13,16,22,27–29). A maioria dos casos (80%) acometem glândulas salivares maiores, sendo 68% na parótida (1,22,29) e quando em glândula menor o local mais acometido é o palato (3,9,13,16,17,27,29). Os carcinomas ex adenoma pleomórfico são raros em crianças (30).

O tratamento consiste em excisão cirúrgica ampla, com esvaziamento cervical, quando há envolvimento, e radioterapia adjuvante (1,22). Grande parte dos casos (70%) apresentam metástase local e a distância. A sobrevida em 5 anos é de 25-65% e a de 15 anos de 10-35% (1,22,29).

2.3.12 Carcinoma intraductal (CID)

Consiste em uma proliferação intracística/intraductal de células epiteliais neoplásicas, também denominada de cistoadenocarcinoma cribriforme, carcinoma intraductal ou carcinoma de ducto salivar (29).

É uma neoplasia rara, portanto com dados epidemiológicos insuficientes e mais comum na parótida. Clinicamente se apresenta como um aumento de volume

assintomático. O prognóstico é excelente após excisão completa e não foram reportadas metástases nodais ou a distância (29).

2.3.13 Carcinoma linfoepitelial (CL)

Carcinoma indiferenciado caracterizado pelo padrão de crescimento sincicial e um infiltrado linfoide não neoplásico. É uma lesão incomum (menos de 1%), rara nos países ocidentais. Acomete pacientes de ambos os sexos por volta da sexta década de vida. Clinicamente se comporta como um aumento de volume indolor e ocorre com mais frequência na parótida (29) quando em glândula menor é mais comum em palato. (2,3,13)

Sobrevida de 3 anos em 90% dos casos, metástase nodal em 40% e metástase a distância de 10-20% (29).

2.3.14 Carcinoma mioepitelial (CM)

Neoplasia maligna glandular incomum, completamente composta por células mioepiteliais com crescimento infiltrativo, também chamada de mioepitelioma maligno (29). Clinicamente essa lesão se apresenta como um aumento de volume indolor, ocasionalmente com um recente aumento rápido de tamanho (29).

Acomete pacientes de todas as idades, sem predileção por sexo e é mais frequente em parótida, palato e submandibular (2,3,9,13,16,29). Um terço dos pacientes apresenta a doença metastática e progressiva e apenas 1/3 é curado pela ressecção (29).

2.3.15 Carcinoma mucoepidermoide (CME)

Neoplasia maligna composta por células neoplásicas mucosas, intermediárias (células claras) e epidermoides, formando padrões císticos e sólidos, também chamada de tumor mucoepidermoide (12,29). Esta lesão se apresenta clinicamente como um aumento de volume assintomático, de crescimento lento, que nas lesões intra-orais pode adquirir uma coloração azulada se assemelhando a uma mucocele (1,19,22,29).

É uma das neoplasias de glândula mais comuns, representando de 3-9% das NGS e 30% das malignas (30). Atinge pacientes de uma ampla faixa etária: da 2ª a 7ª década de vida, sendo a neoplasia maligna mais comum em crianças e adultos jovens (1,19,22,29,30). Tem predileção pelo sexo feminino (13,17,25,26,28,32) e é mais comum na parótida (60-90%), em glândulas menores, principalmente palato; e submandibulares. Pode ser intraósseo, mas esse tipo é raro (1,2,26,27,29,31,3,9,13,16,17,22,24,25).

O tratamento é a cirurgia com margens livres, com radioterapia adjuvante para casos específicos como neoplasias mais agressivas (1,5,19,22,29). O prognóstico depende do grau da neoplasia e glândulas menores costumam ter um melhor prognóstico (1,22,29). Pode gerar metástase (19).

2.3.16 Carcinoma oncocítico (CO)

Neoplasia glandular caracterizada pela composição exclusiva de células neoplásicas oncocíticas e não apresenta nenhum padrão histopatológico de outras neoplasias específicas de glândulas salivares. Também chamado de oncocitoma maligno ou adenocarcinoma oncocítico essa lesão é extremamente rara e acomete parótida e submandibular (29).

Clinicamente a lesão se apresenta como uma massa indolor de crescimento lento. O tratamento de escolha é a excisão curativa e devido a sua raridade não é possível uma avaliação confiável do seu comportamento biológico (29).

2.3.17 Carcinoma pobremente diferenciado (CPD)

São carcinomas primários mostrando tipos celulares grandes e pequenos com ou sem diferenciação neuroendócrina. Esse diagnóstico só pode ser feito depois de se excluir metástases e outras neoplasias de glândulas salivares primárias. Essa lesão também pode ser chamada de carcinoma de grandes células, carcinoma neuroendócrino, carcinoma anaplásico/indiferenciado ou carcinoma de células pequenas (29).

Acomete pacientes dos 5 aos 91 anos com média de idade de 64 anos, acomete mais pacientes homens (2,4:1) e a maioria dos casos ocorre em parótida (29).

2.3.18 Carcinoma secretório (CS)

Neoplasia maligna de baixo grau com semelhança morfológica ao carcinoma secretório de mama, por isso também pode ser chamada de carcinoma secretório análogo ao de mama. Foi considerada uma entidade a parte do carcinoma de células acinares (de mama) em 2008 e sua primeira documentação em glândula salivar é de 2010, desde então 232 casos já foram reportados (29).

Apresenta-se clinicamente como um aumento de volume de crescimento lento e indolor, que acomete pacientes entre 10 e 86 anos, sendo mais frequente em pacientes adultos com média de idade de 46,5 anos. Apresenta uma distribuição igual entre os sexos e costuma ser mais frequente em parótida, seguido de glândulas menores e submandibular (29).

Esta lesão costuma ser indolente, com metástase à distancia rara e ¼ dos casos apresenta metástase linfonodal (29).

2.3.19 Carcinossarcoma (Css)

Consiste em uma malignidade bifásica rara (menos de 100 casos) composta por dois componentes distintos: o carcinomatoso e o sarcomatoso (22,29). Clinicamente se apresenta como uma massa de crescimento rápido (29). Acomete pacientes entre 6ª e 7ª década de vida, mas pode abranger muitas idades. A maior parte dos pacientes acometidos é do sexo masculino e pode se originar *de novo* ou de um AP antigo ou recorrente. Ocorre mais em glândulas maiores (2/3 em parótida seguida de submandibular), mas também pode ocorrer em glândulas menores (22,29).

O tratamento consiste na excisão cirúrgica e a radioterapia e a quimioterapia podem ajudar no controle local. Setenta e cinco por cento dos pacientes vai a óbito pela doença, por recorrência local ou por metástases, que ocorre principalmente em pulmões, ossos e sistema nervoso central. A sobrevida média é de menos de 2,5 anos (22,29).

2.3.20 Sialoblastoma (Sb)

É uma neoplasia primitiva de glândula salivar basaloide extremamente rara, da infância (com menos de 50 casos relatados na literatura) (29,30), com marcada semelhança às estruturas primordiais das glândulas salivares e potencial maligno incerto (29). Inicialmente considerado uma neoplasia benigna da glândula salivar, relatos de comportamento agressivo com rápido crescimento, recorrências, metástases, e tumores relacionados levaram o sialoblastoma a ser classificado como maligno (30).

A maioria das neoplasias é identificada ao nascimento ou logo após, também podendo ser identificada na ultrassonografia pré-natal (29,30) quando nota-se um aumento facial com ocasional ulceração em pele. Não há predileção sexual evidente (relação homem:mulher 2:1,7) e ocasionalmente pode aparecer até a segunda década de vida (29,30). Acomete principalmente a glândula parótida (29,30). Essa lesão pode

ser chamada também de: adenoma de células basais congênito, carcinoma adenoide cístico hibrido com adenoma de células basais congênito ou embrioma (29).

A ressecção da lesão é curativa para 2/3 dos casos, metástases são incomuns e a recorrência local ou persistência da doença ocorre em até 36% dos casos (29,30).

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo desse trabalho foi realizar um levantamento das principais características clinico-patológicas das neoplasias benignas e malignas de glândula salivares menores intra-orais diagnosticadas no Serviço de Patologia Cirúrgica (SPC) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) entre janeiro de 1997 e dezembro de 2018, atualizados com base na nova classificação da OMS, (2017) a fim de se ter uma melhor caracterização do perfil de pacientes acometidos pelas neoplasias de glândulas salivares menores tanto para auxiliar a prática clínica como orientar futuras pesquisas.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo sob parecer 2.253.937 em 01/09/2017 (Anexo A).

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo observacional, retrospectivo dos casos diagnosticados como neoplasias benignas e malignas de glândulas salivares menores entre janeiro de 1997 até dezembro de 2018, no Serviço de Patologia Cirúrgica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (SPC - FOUSP), através do Software Laudo & Imagem (AKTTOM Sistemas Ltda, São Paulo, Brasil).

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados elegíveis os casos diagnosticados durante o referido período como neoplasias benignas ou malignas de glândulas salivares menores de acordo com a nomenclatura utilizada no período do diagnóstico.

Quando o mesmo paciente apresentava mais de uma biópsia do mesmo local foram considerados apenas os dados da primeira biópsia.

Caso fosse necessária a reclassificação do diagnóstico, foram considerados os casos que apresentavam lâmina no arquivo do serviço e/ou bloco de parafina com material suficiente para confecção de nova lâmina de coloração de hematoxilina e eosina (HE) e imuno-histoquímica (IHQ), quando necessárias.

4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram descartados os casos em que o diagnóstico era descritivo com a nota de que a hipótese de uma neoplasia de glândula salivar, benigna ou maligna, não pode ser descartada.

Os dados das fichas que sucederam a primeira biópsia quando o mesmo paciente apresentava mais de uma biópsia do mesmo local.

Os casos que necessitavam de reclassificação do diagnóstico, que não apresentavam lâmina no arquivo nem bloco com material suficiente para coloração com HE e IHQ, quando necessárias.

4.4 DADOS COLETADOS

Foram coletados os dados presentes nas Fichas de Requisição de Exame Anatomopatológico (FREAP): idade no momento do diagnóstico, sexo, região da lesão, hipótese diagnóstica do clínico, aspecto clínico da lesão (lesão fundamental), coloração da lesão em mucosa, aspecto radiográfico, hábitos do paciente (tabagismo e etilismo), sintomatologia, tamanho em centímetros, duração da lesão em meses e tipo de biópsia realizada.

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

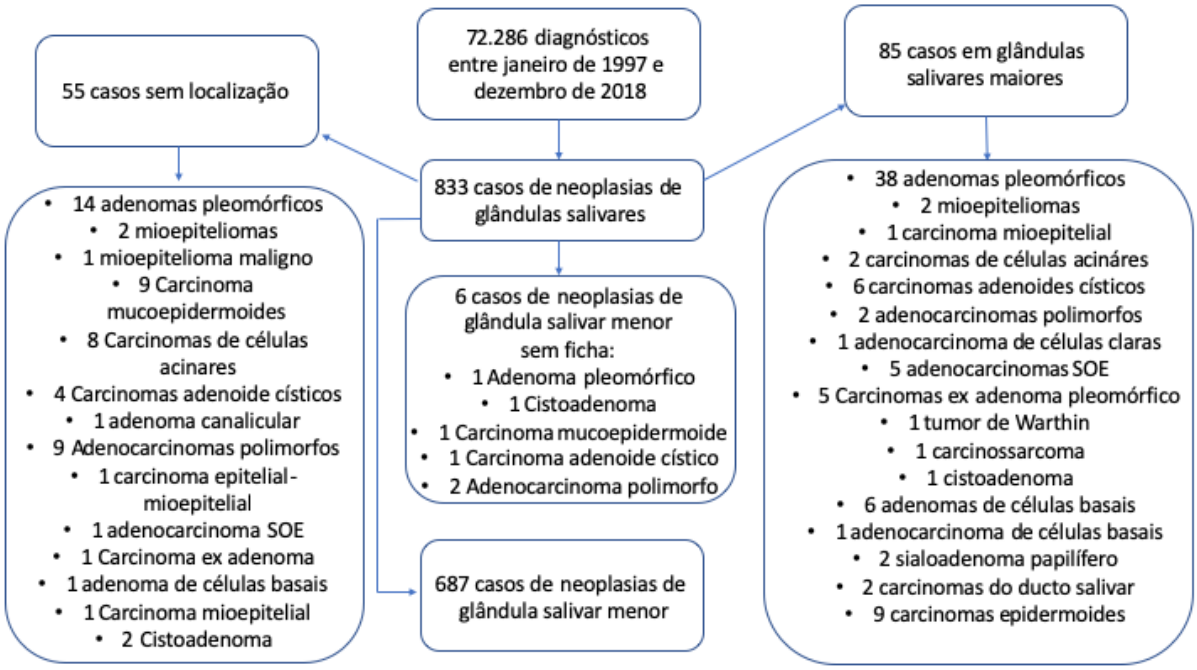
Os dados obtidos foram tabulados em planilhas no Excel (Office, Microsoft, 2016) e plotados em gráficos comparativos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Durante o período de janeiro de 1997 até dezembro de 2018 foram diagnosticados 72.286 casos no SPC-FOUSP (uma média de 6.571 casos diagnosticados por ano), sendo 833 (1.15%) casos de neoplasias de glândulas salivares, uma média de 75 casos por ano. Os casos localizados em glândulas salivares maiores ou sem localização informada foram excluídos da amostra conforme Figura 5.1 resultando em 687 casos de NGSMIO, uma média de 62 casos por ano (0,95% de todos os casos diagnosticados no período e 82,5% dos neoplasias de glândulas salivares).

Figura 5.1 - Fluxograma representativo do processo de seleção dos 687 casos incluídos no estudo



Fonte: a autora.

A representatividade de NGSMIO frente às neoplasias de glândula em geral encontrada neste trabalho é superior a de outros autores, nos quais o percentual de NGSMIO representa de 0,17%-31,5% das NGS (2,8,9,23). Isso pode ser explicado

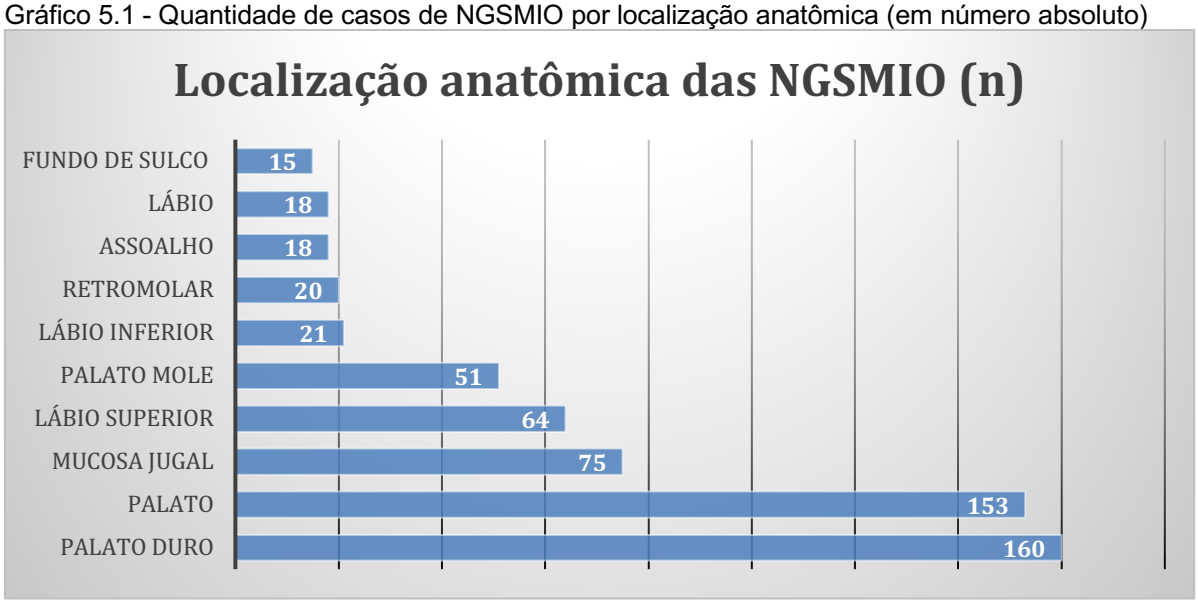
pelo fato de os casos utilizados nessa amostra terem sido diagnosticados em um serviço de patologia oral.

Dos 687 casos de NGSMIO, 345 eram malignos (0,48% do total de casos diagnosticados no período e 50,2% das NGSMIO) e 342 eram benignos (0,47% do total de casos diagnosticados no período e 49,8% das NGSMIO). Nota-se então que as glândulas menores apresentam uma relação entre neoplasias benignas e malignas (B:M) bastante semelhante, uma vez que esta foi de 1:1,009. Na literatura não há uma concordância quanto às glândulas salivares menores serem mais suscetíveis a neoplasias malignas ou benignas uma vez que, em alguns trabalhos, nota-se que as benignas são mais frequentes em uma proporção que varia de 1,1-1,7:1 (8,9,13,17,23–26,28) e em outros que as malignas são mais frequentes variando de 1,1-1,69:1 (2,14–16,27).

Ao comparar os dados deste estudo com os encontrados na literatura, podemos notar que a falta de consenso sobres as glândulas salivares menores serem mais acometidas por neoplasias benignas (5,8,13,17,23) ou malignas (2,3,6,15,16) ocorre porque a frequência dessas neoplasias nesse grupo de glândulas é, de maneira geral, bastante similar, podendo variar de acordo com a localização anatômica, faixa etária ou outras variáveis que tenham sido usadas em cada estudo.

A região mais acometida foi o palato, com 364 casos (53%) de maneira semelhante ao encontrado na literatura,(2,3,5,8,13,20,22) apesar de não ser tão expressivo quanto o encontrado em alguns estudos, nos quais as neoplasias em palato representaram em torno de 56%-69,3% dos casos (2,3,8,17). No gráfico 5.1 podemos observar a quantidade de casos NGSMIO por localização anatômica, onde podemos notar que além do palato os locais mais acometidos são a mucosa jugal e o lábio superior. (2,3,5,8,13,20,22)

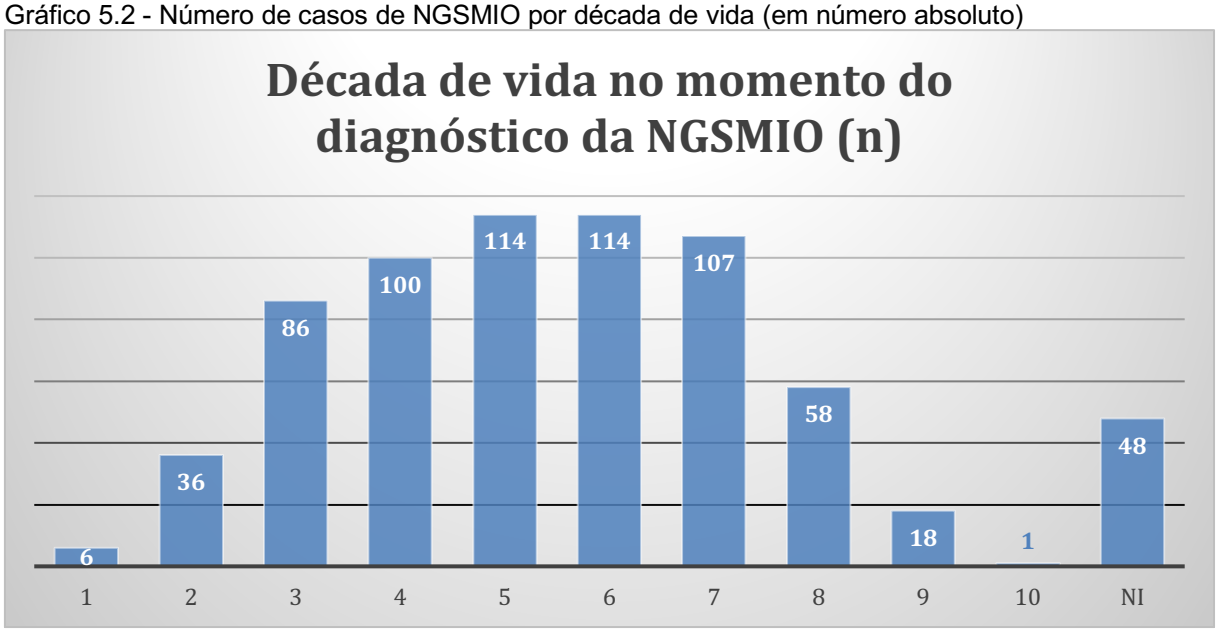
Gráfico 5.1 - Quantidade de casos de NGSMIO por localização anatômica (em número absoluto)



Fonte: a autora

Os pacientes que foram diagnosticados com NGSMIO foram predominantemente do sexo feminino 451 (65,6%) (13,17,28), entre 5ª e 6ª décadas de vida (114/16,5% cada). A idade média dos pacientes foi de 48,44 anos (13,17) variando de 8 a 93 anos (13). O Gráfico 5.2 mostra, em números absolutos, quantos pacientes foram acometidos em cada década de vida.

Gráfico 5.2 - Número de casos de NGSMIO por década de vida (em número absoluto)



Fonte: a autora.

O número absoluto de cada diagnóstico e sua representatividade, em porcentagem, na amostra de NGSMIO estão descritas na Tabela 5.1:

Tabela 5.1 - Tabela dos diagnósticos das neoplasias de glândula salivar menor por ordem decrescente apresentando a quantidade em número absoluto e porcentagem

Diagnóstico (n)	*% total de neoplasias de glândula salivar menor*
Adenoma pleomórfico (250)	36,4
Carcinoma mucoepidermoide (116)	16,9
Adenocarcinoma polimorfo (88)	12,8
Carcinoma adenoide cístico (67)	9,7
Cistadenoma (36)	5,2
Adenocarcinoma SOE (35)	5,1
Mioepitelioma (18)	2,6
Adenoma canalicular (15)	2,2
Carcinoma ex adenoma pleomórfico (14)	2,0
Carcinoma de células acinares (11)	1,6
Sialoadenoma papilífero (10)	1,4
Carcinoma de células claras (5)	0,7
Adenoma de células basais (5)	0,7
Papiloma ductal invertido (4)	0,6
Tumor de Warthin (4)	0,6
Carcinoma mioepitelial (2)	0,3
Adenocarcinoma de células basais (2)	0,3
Carcinossarcoma (1)	0,1
Carcinoma epitelial-mioepitelial (1)	0,1
Carcinoma linfoepitelial (1)	0,1
Carcinoma secretório (1)	0,1
Carcinoma intra ductal (1)	0,1

Fonte: a autora.

A neoplasia mais diagnosticada foi o adenoma pleomórfico (250/36,4%), seguido pelo carcinoma mucoepidermoide (116/16,9%). Grande parte da literatura relata que mesmo nas glândulas salivares menores as neoplasias mais frequentemente diagnosticadas são o AP (2,8,25–28,9,13–17,23,24) e o CME (8,17,24–28) assim como encontrado nesta amostra. Entretanto outras, mostram que a segunda neoplasia mais frequente é o CAC, (2,9,13–16) e outras ainda encontraram mais casos de AcP do que de outras neoplasias malignas. (17,23)

Podemos observar também que dentre os cinco diagnósticos mais frequentes tem-se 2 neoplasias benignas – AP (1º) e Ca (5º) - e 3 neoplasias malignas – CME (2º), AcP (3º) e CAC (4º) - demonstrando que apesar do AP ser a neoplasia mais frequente, as neoplasias malignas são bastante comuns nas glândulas salivares menores intra-orais.

As neoplasias menos diagnosticadas foram o carcinossarcoma, carcinoma epitelial-mioepitelial, carcinoma linfoepitelial, carcinoma secretório, carcinoma intraductal e adenoma sebáceo, com 1 diagnóstico cada (0,14% cada). Os diagnósticos menos frequentemente encontrados em glândulas salivares menores variam de artigo para artigo incluindo: papiloma ductal (2), carcinoma sebáceo (9), carcinoma epitelial mioepitelial(9,13), mioepitelioma (17,25), adenoma de células basais (17,26), carcinoma oncocítico (13) carcinoma mioepitelial (25,26,28), carcinoma de células claras (25,28), cistadenocarcinoma (25) e oncocitoma (28).

Neste trabalho não foram diagnosticados casos de carcinoma do ducto salivar, adenocarcinoma sebáceo, carcinoma pobremente diferenciado, carcinoma epidermoide, carcinoma oncocítico, sialoblastoma, oncocitoma, linfadenoma e adenoma sebáceo. Na literatura alguns artigos apresentam as neoplasias que não foram diagnosticadas no estudo e esses são bastante variados: tumor de Warthin(8), adenoma de células basais(8), carcinoma mioepitelial(8), adenoma sebáceo(2), linfoadenoma(2), sialoblastoma (2), carcinoma de células claras(23), carcinoma ex adenoma(23), carcinoma não diferenciado(23), carcinoma linfoepitelial(23), oncocitoma(8,9), linfadenoma sebáceo (9), adenocarcinoma de células basais (9), carcinoma oncocítico (9) e carcinoma epidermoide (9).

5.2 QUANTO AS LESÕES BENIGNAS

Os diagnósticos das neoplasias benignas constituíram de Adenoma pleomórfico (n= 250), Cistadenoma (n=36), Mioepitelioma (n=18), Adenoma canalicular (n=15), Sialoadenoma papilífero (n=10), Adenoma de células basais (n=5), Papiloma ductal invertido (n=4), Tumor de Warthin (n=4).

A proporção de cada diagnóstico em relação ao total de diagnósticos no período estudado, às NGSMIO, e das NGSMIO benignas pode ser observada na tabela 5.2.

Tabela 5.2 - Diagnósticos de neoplasias benignas em número absoluto e porcentagem em relação ao total de diagnóstico no período, em relação ao total de NGSMIO e em relação as NGSMIO benignas

Diagnóstico (n)	*% total de casos*	*% total de neoplasias de glândula salivar menores*	*% neoplasias benignas*
Adenoma pleomórfico (250)	0,35	36,3	73,0
Cistadenoma (36)	0,05	5,2	10,5
Mioepitelioma (18)	0,02	2,6	5,3
Adenoma canalicular (15)	0,02	2,2	4,4
Sialoadenoma papilífero (10)	0,014	1,4	2,9
Adenoma de células basais (5)	0,007	0,7	1,5
Papiloma ductal invertido (4)	0,005	0,6	1,2
Tumor de Warthin (4)	0,005	0,6	1,2

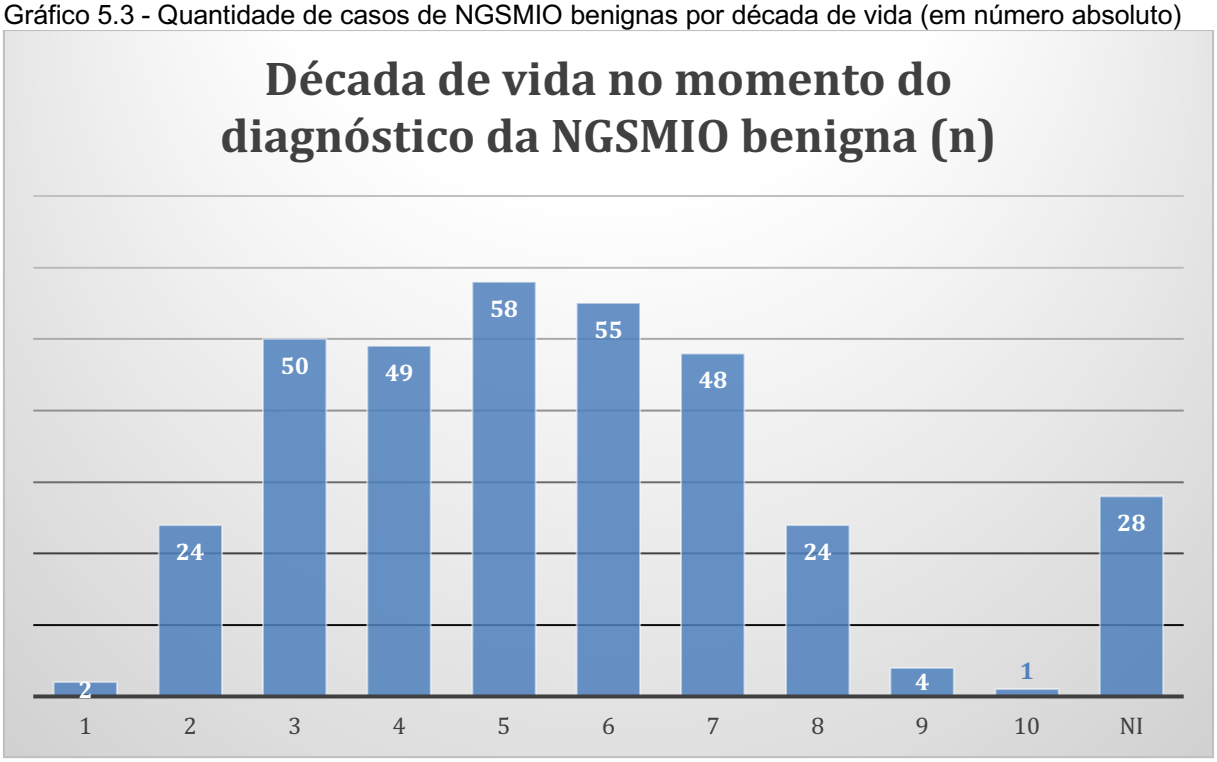
Fonte: a autora.

O oncocitoma (8,9), adenoma sebáceo(2) e linfadenoma(2,9) não foram encontrados na nossa amostra.

Dentre as lesões benignas a mais frequente foi o adenoma pleomórfico com 250 casos representando 73,0% das neoplasias benignas (2,8,9,13,17,23). Enquanto a segunda neoplasia mais diagnosticada foi o cistadenoma(17,25) representando apenas 10,5% dos casos de NGSMIO benignas, o que demonstra que o adenoma pleomórfico é a NGS benigna mais frequente nesse tipo de glândula. Nota-se com esses dados que a prevalência de AP é extremamente elevada quando comparada a outras neoplasias benignas.

Os pacientes mais afetados foram do sexo feminino (57%) (13,17) e a faixa etária mais cometida foi entre 5ª e 6ª década de vida, (13) a idade média dos pacientes acometidos foi de 46,2 anos (13,17) sendo a idade mínima de 8 anos e a máxima de 93 anos (13). Autores mostram que (28) a década mais acometida foi a 7ª, que foi apenas a quinta década mais acometida no presente estudo, como se observa no gráfico 5.3.

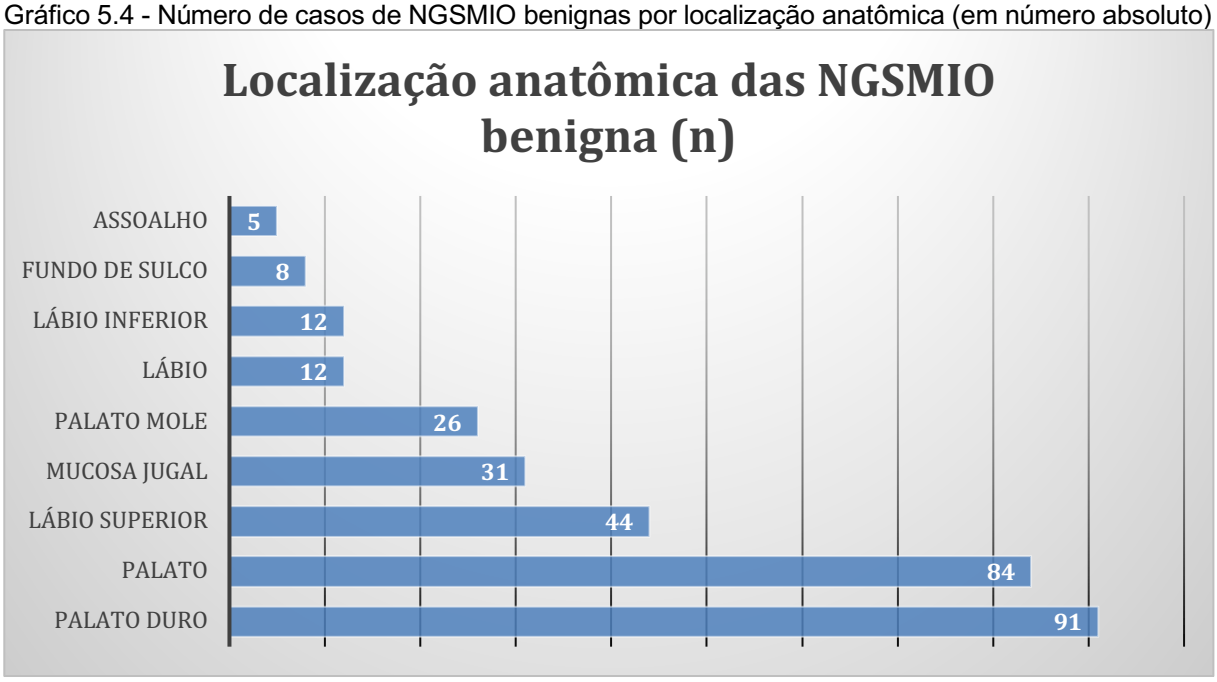
Gráfico 5.3 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas por década de vida (em número absoluto)



Fonte: a autora.

A região mais afetada foi o palato 64% dos casos (29% palato duro, 27% não especificado e 8% palato mole) (2,8,9,13,17) seguida por lábio superior e mucosa jugal como mostra o gráfico 5.4.

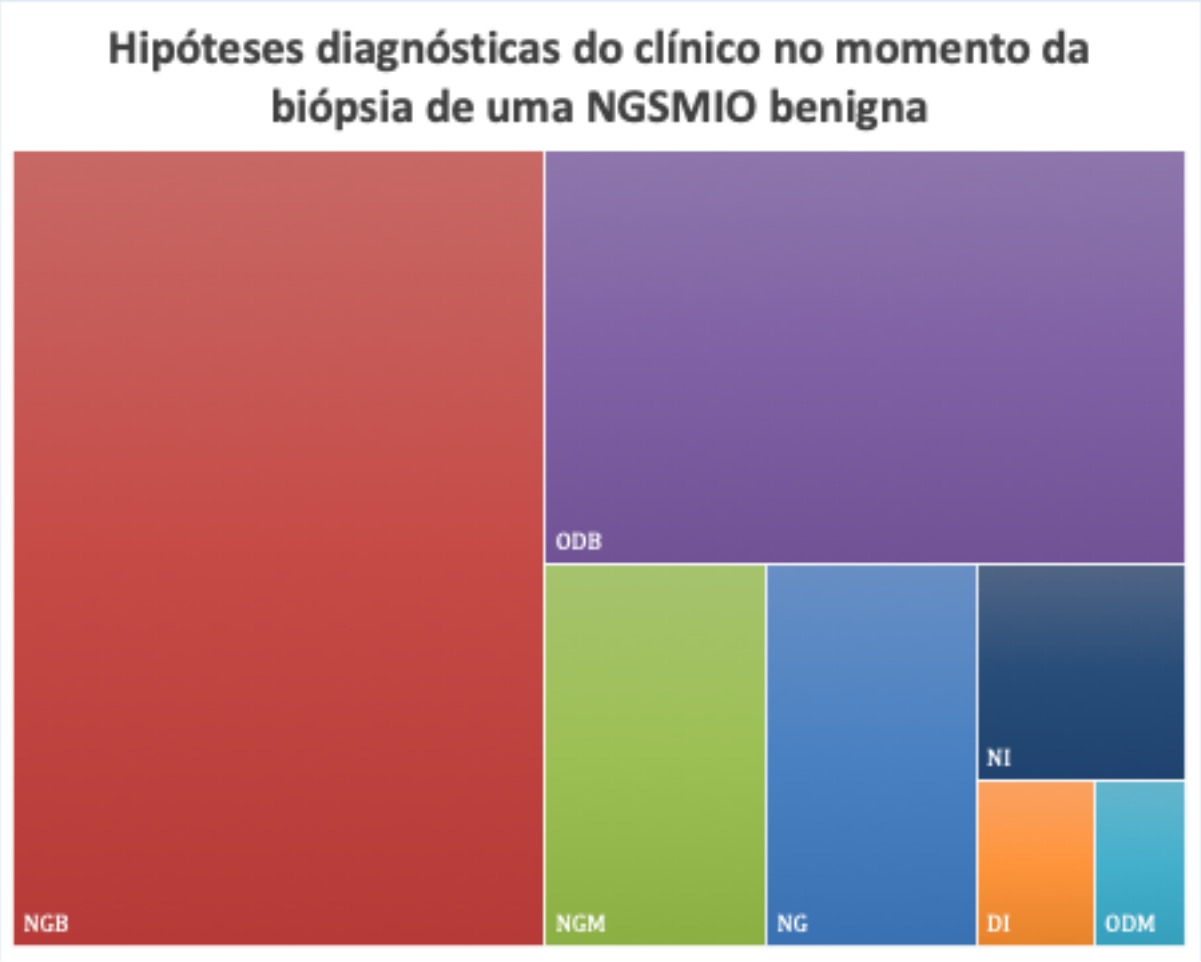
Gráfico 5.4 - Número de casos de NGSMIO benignas por localização anatômica (em número absoluto)



Fonte: a autora.

A maioria dos clínicos (63%) cogitou se tratar de algum tipo de neoplasia de glândula salivar (45% benigna, 9% maligna e 9% não especificada). O gráfico 5.5 mostra a proporção das hipóteses diagnósticas, uma vez que o mesmo caso por vezes apresentou mais de um tipo de hipótese. Nesse gráfico conseguimos observar que ao analisar cada grupo de hipótese clínica separadamente a mais frequente foi algum tipo de NGSMIO benigna, seguida de outro diagnóstico benigno.

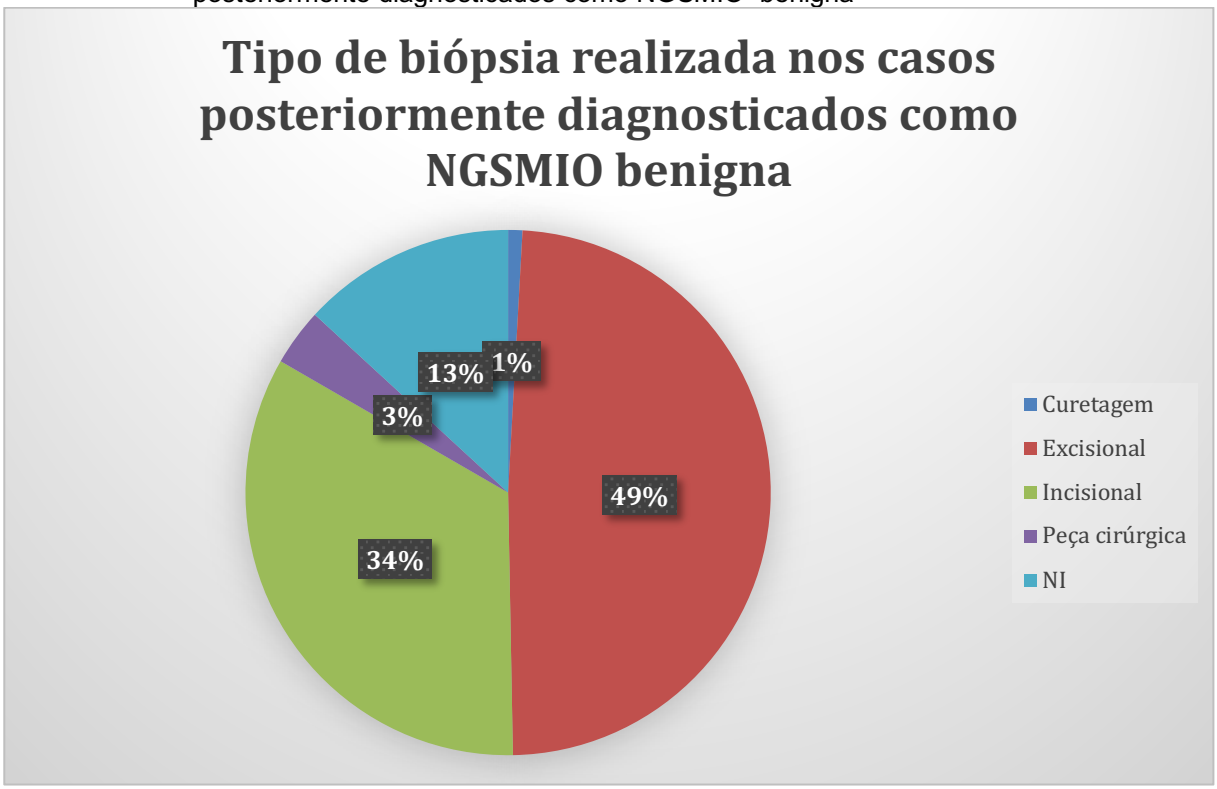
Gráfico 5.5 - Proporção das hipóteses clínicas das NGSMIO benignas divididas em grupos. NGB: neoplasias de glândula benigna. NGM: neoplasia de glândula malignas. NG: neoplasia de glândula. ODB: outro diagnóstico benigno. ODM: outro diagnóstico maligno. DI: diagnóstico inespecífico. NI: não informado.



Fonte: a autora.

A maioria dos clínicos (52%) optou por realizar uma biópsia excisional, 34% incisional, 13% não tinham a informação e 1% curetagem (Gráfico 5.6).

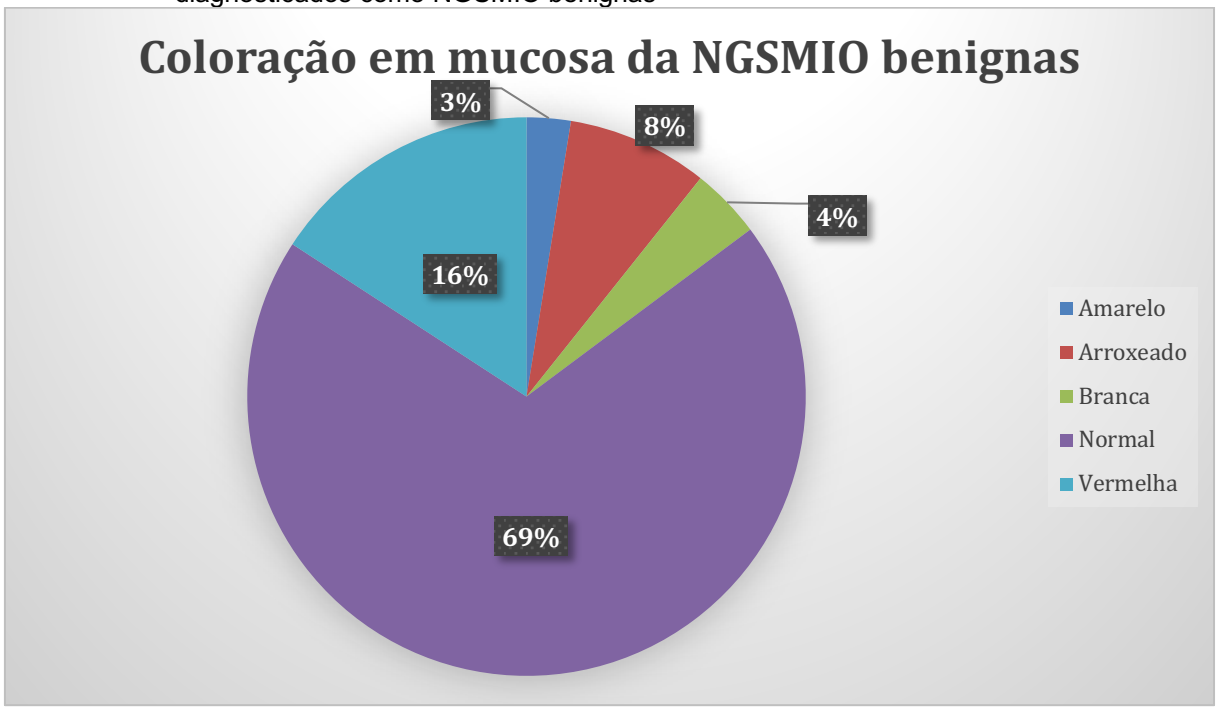
Gráfico 5.6 - Representação percentual do tipo de biópsia realizada pelos clínicos em casos posteriormente diagnosticados como NGSMIO benigna



Fonte: a autora.

Metade das fichas (50%) não apresentavam informação quanto a lesão fundamental, isso pode ser explicado pela ampla variedade de FREAP que o serviço teve durante o tempo estudado e uma das fichas não possuía campo para que esse tipo de informação fosse descrita. Dentre as que apresentavam essa informação 92% consistia de nódulo e dentre as fichas que apresentavam a informação referente a coloração da lesão (43% não tinham essa informação) 69% tinha coloração semelhante a mucosa normal (Gráfico 5.7). A maioria das lesões (92%) não apresentava aspecto radiográfico e não tinha sintomatologia (73%).

Gráfico 5.7 - Representação percentual das colorações apresentadas nos casos posteriormente diagnosticados como NGSMIO benignas

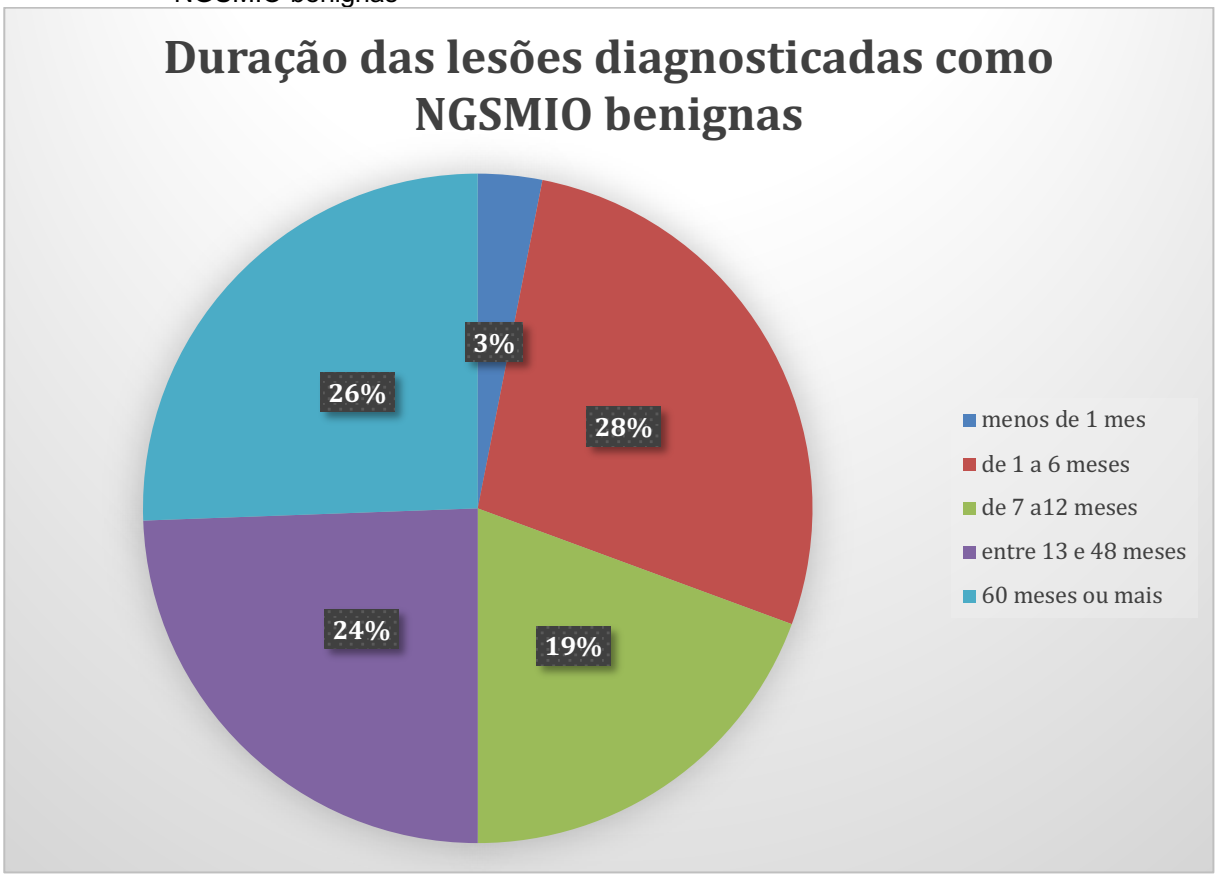


Fonte: a autora.

A maioria dos pacientes não fumava (84%) e/ou bebia (81%), sendo que 55% das fichas não apresentavam informação quanto a tabagismo e 59% quanto a etilismo, fato esse que se justifica também pela ausência dessa informação em FREAP antigas. Esses dados evidenciam que o desenvolvimento das NGSMIO benignas não está associado ao tabagismo ou etilismo.

O tamanho médio das lesões foi de 2,48 cm sendo que 53% das lesões tinham até 2cm e a duração média foi de 45,3 meses (1/4 das ficha não tinha essa informação), no entanto, podemos observar no gráfico 5.8 que há uma proporção bastante semelhante entre a quantidade de casos com duração de 1 a 6 meses, de 13 a 48 e com mais de 60 meses de duração e que 50% das lesões estavam presentes há 13 meses ou mais.

Gráfico 5.8 - Representação percentual da duração das lesões posteriormente diagnosticadas como NGSMIO benignas



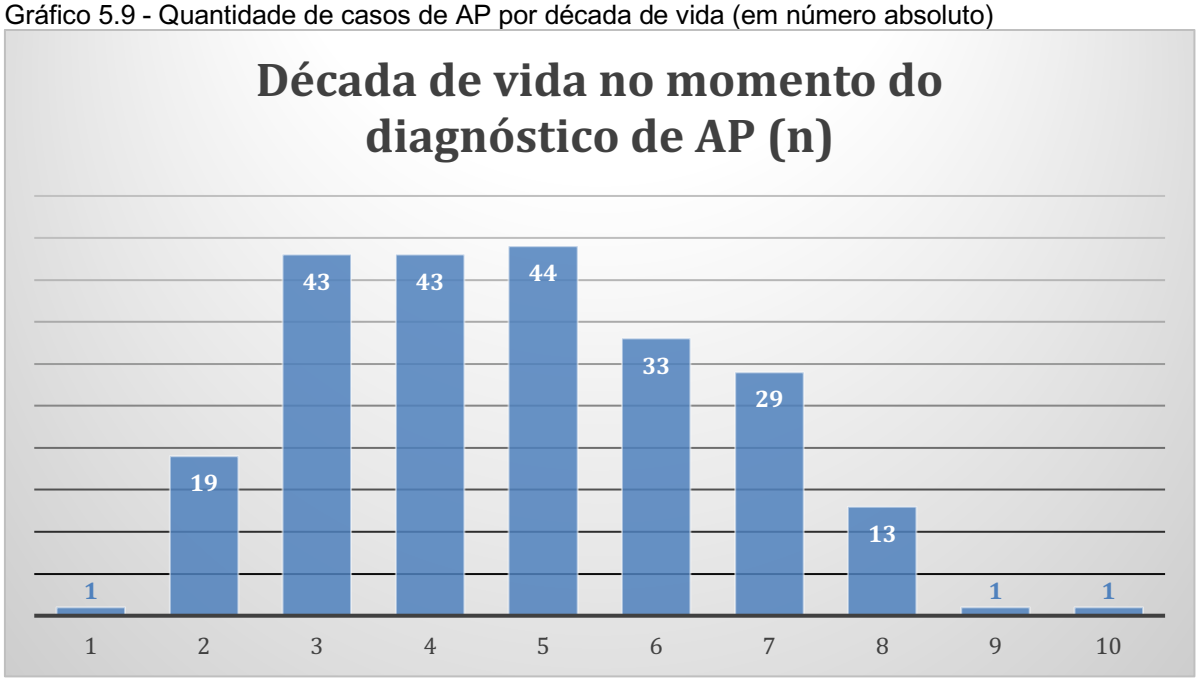
Fonte: a autora.

Considerando-se um referencial para crescimento lento até 1 cm/ano e acima disso um crescimento rápido podemos dizer, considerando o tamanho médio e a duração media das NGSMIO benignas da nossa amostra, que as NGSMIO apresentam um crescimento lento (0,65 cm/ano em média).

5.2.1 Adenoma pleomórfico

Dos 250 pacientes diagnosticados com AP, os mais afetados foram os do sexo feminino (57%) (13,16,17,25,26,28) e a faixa etária mais cometida foi de 3ª a 5ª década de vida (19% cada),(16,27) (Gráfico 5.9) sendo que a idade média dos pacientes acometidos foi de 43,33 anos (13,16,17,26) com idade mínima de 8 anos e máxima de 93 anos (13,26). E as décadas menos acometidas foram a 1ª, 9ª e 10ª.

Gráfico 5.9 - Quantidade de casos de AP por década de vida (em número absoluto)



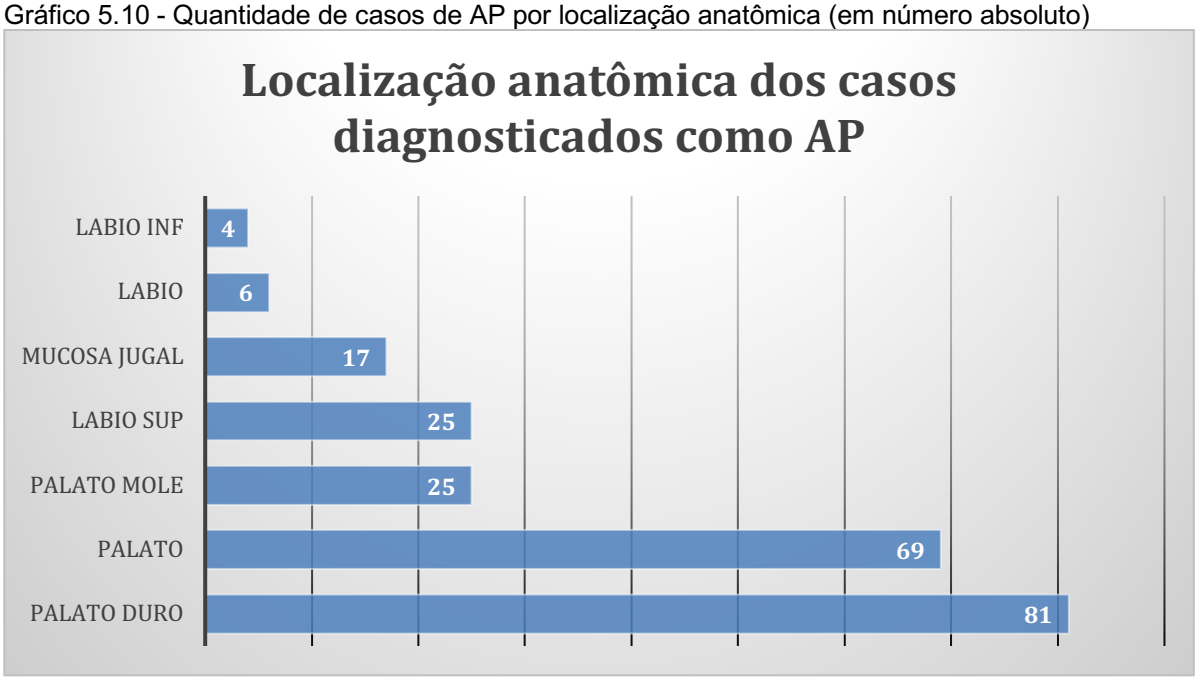
Fonte: a autora.

Em dois estudos nota-se que os diagnósticos de AP foram feitos mais tardiamente, em um as décadas mais acometidas foram 5ª e 6ª (13) enquanto em outro (25) a idade média dos pacientes foi de 50,6 anos. Em outro estudo não foram diagnosticados casos na primeira década de vida, tendo sido a idade mínima de 14 anos (28).

Quanto aos hábitos dos pacientes, apenas 111 fichas tinham informação a respeito de tabagismo e 100 de etilismo e dessas, a maioria dos pacientes não fumava (90%) ou bebia (84%).

A região mais afetada foi o palato (70%) - palato duro (32,4%), não especificado (27,6%) e palato mole (10%). (2,3,27,29,31,8,13,16,17,20,24–26). O gráfico 5.10 apresenta os locais mais acometidos.

Gráfico 5.10 - Quantidade de casos de AP por localização anatômica (em número absoluto)



Fonte: a autora.

Dos 238 casos com hipótese diagnóstica do clínico, a maioria suspeitou se tratar de uma neoplasia de glândula salivar (84,4%): benigna (56,7%), indefinida (13,45%), tanto benigna quanto maligna (12,6%), maligna (2,1%). Das 217 fichas com informação sobre o tipo de biopsia realizada a maioria dos clínicos optou por realizar uma biópsia excisional (53,4%) (25).

Das 121 fichas com informação a respeito do aspecto clínico e das 144 a respeito da coloração, o aspecto clínico e coloração mais comuns foram nódulo (95,8%) e cor de mucosa normal (68%). Das 126 fichas com informação quanto ao aspecto radiográfico, a maioria das lesões (82,5%) não apresentava e das 206 com informação sobre sintomatologia 93,2% das lesões eram assintomáticas. O tamanho médio das lesões foi de 2,88 cm e a duração média de 51,41 meses. Essas informações concordam com a literatura quanto a esta lesão ser de crescimento lento e indolor (1,19,22,29,30).

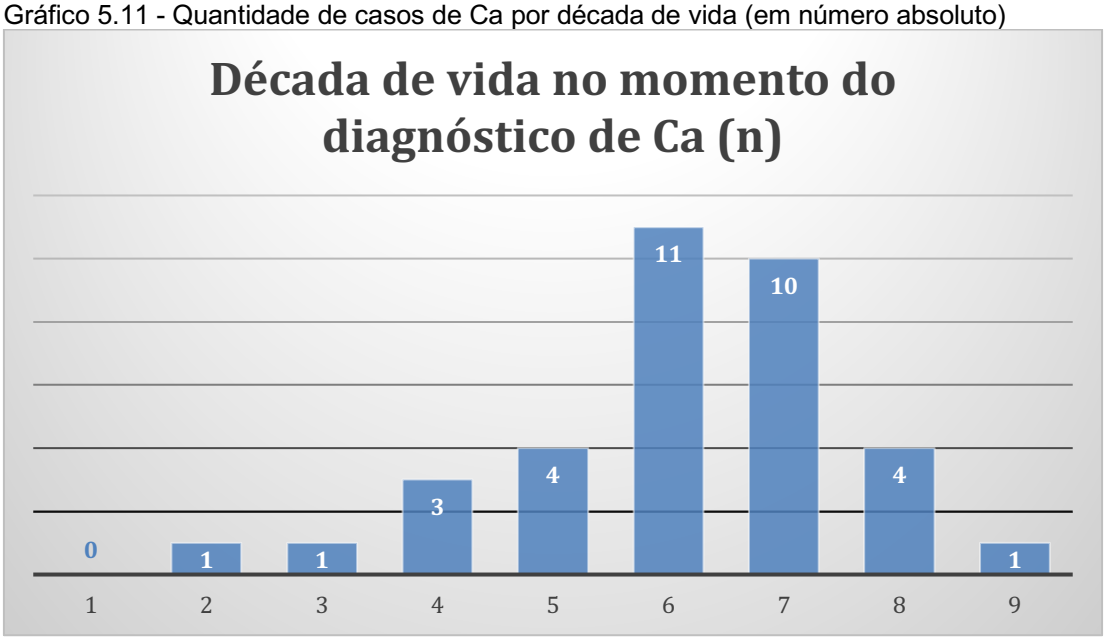
5.2.2 Cistadenoma

Apesar de descrita pela OMS (29) como uma lesão rara, este foi o segundo diagnóstico mais comum dentre as NGSMIO benignas.

Dos 36 pacientes diagnosticados com Ca os pacientes mais afetados foram do sexo feminino (56%). (17,25,26,29) Em apenas um estudo (16) verificou-se mais pacientes do sexo masculino acometidos por essa lesão.

A faixa etária mais acometida foi a da 6ª e 7ª década de vida, (Gráfico 5.11) enquanto a literatura relata uma faixa etária mais ampla, entre 3ª e 7ª décadas. (16,29) As décadas menos acometidas foram a 2ª, 3ª e 9ª, sendo que a única década em que não foi encontrado nenhum caso foi a 1ª. A idade média dos pacientes acometidos foi de 57,08 anos (17,26) com idade mínima de 12 anos e máxima de 86 anos (26). Um estudo (16) encontrou uma média de idade mais baixa (46 anos) e outro (25) mais alta 65,5 anos.

Gráfico 5.11 - Quantidade de casos de Ca por década de vida (em número absoluto)



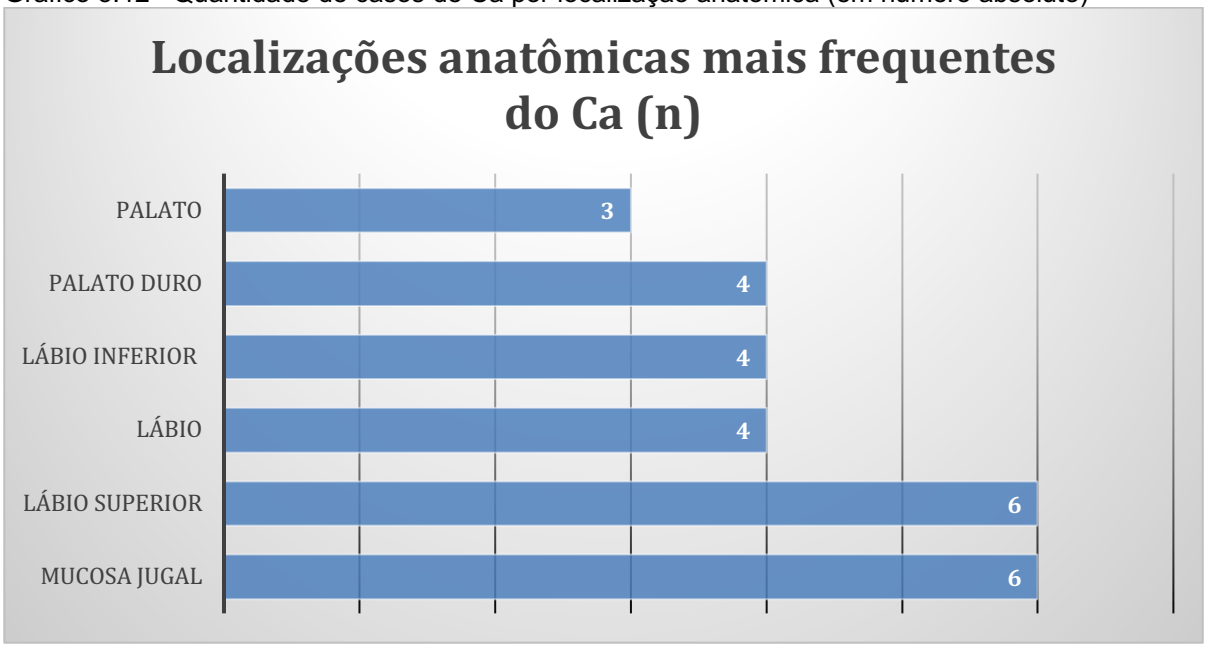
Fonte: a autora.

Das 18 fichas com informação sobre tabagismo e 17 com informação sobre etilismo a maioria dos pacientes não fumava (77,77%) nem bebia (70,5%).

A região mais afetada foi lábio (38,8%) (16,6% em lábio superior; 11,11% em lábio inferior e 11,1% não especificado) (20,29,31). Quanto a localização a literatura

é bastante variável: incluindo palato, (2,8,9,25,26) (19,44% da nossa amostra) mucosa jugal (3,17) (16,6%) e língua (16) (Gráfico 5.12).

Gráfico 5.12 - Quantidade de casos de Ca por localização anatômica (em número absoluto)



Fonte: a autora.

A maioria dos clínicos (77,77%) não suspeitou se tratar de uma neoplasia de glândula salivar. Os diagnósticos clínicos mais comuns foram mucocele/ rânula/ fenômeno de retenção de muco (50%) e das 32 fichas com informação, a maioria dos clínicos optou por realizar uma biópsia excisional (81,25%) (25).

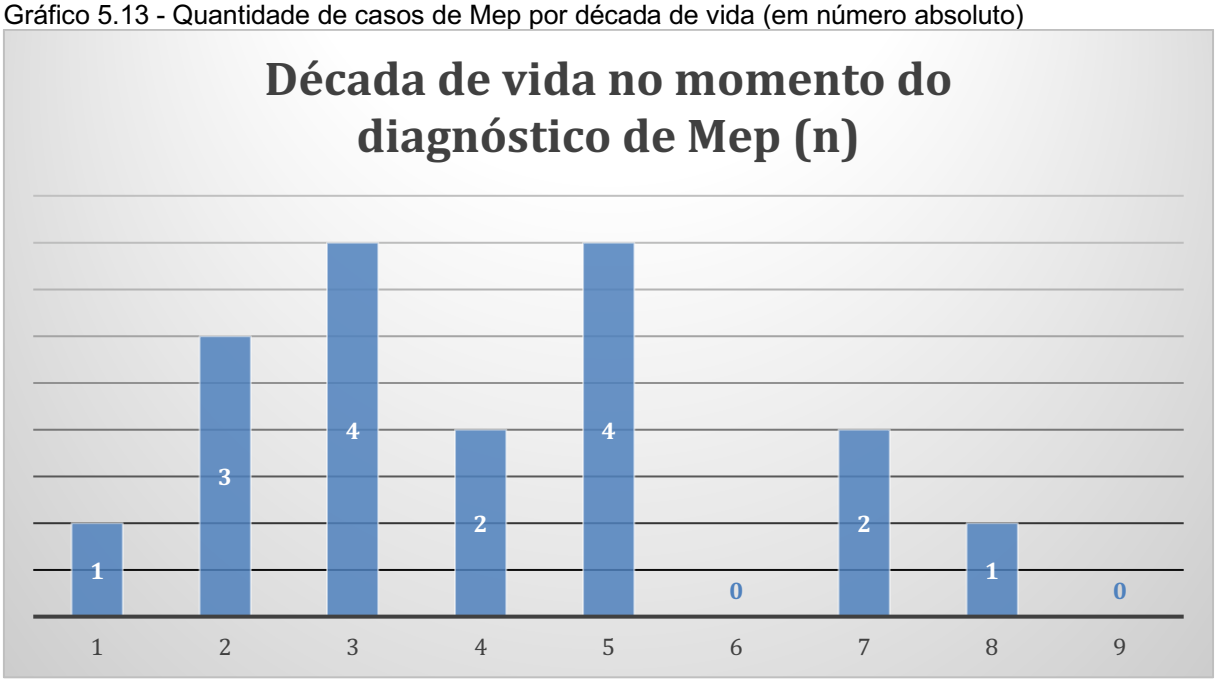
Das 20 fichas com informação quanto ao aspecto clínico e 23 com informação sobre coloração em mucosa, o aspecto clínico e coloração mais comum foram nódulo (70%) e cor de mucosa normal (52,1%). Das 29 fichas com informação, a maioria não apresentava aspecto radiográfico (96,55%) e das 31 fichas com informação a maioria não tinha sintomatologia (70,9%) (29). O tamanho médio das lesões era de 0,95 cm e a duração média foi de 15,02 meses. Essa informação corrobora com a descrição da OMS de que essa lesão tem crescimento lento (29).

5.2.3 Mioepitelioma

Dos 18 pacientes diagnosticados com Mep os pacientes do sexo feminino e masculino foram afetados de maneira igual (50%) (1,29). Enquanto que em um artigo (17) o único caso de mioepitelioma foi em um paciente do sexo masculino e em outro (16) a maioria dos pacientes também era do sexo masculino, enquanto que em outros dois (13,28) a maior parte dos paciente acometidos eram mulheres.

A faixa etária mais acometida foi a 3ª e 5ª décadas de vida (23% cada) (Gráfico 5.13) e a idade média dos pacientes acometidos foi de 37,35 anos (28), com idade mínima de 8 anos e máxima de 73 anos. As faixas etárias menos acometidas foram a 1ª e a 8ª décadas e nenhum caso foi diagnosticado na sexta e nonas décadas.

Gráfico 5.13 - Quantidade de casos de Mep por década de vida (em número absoluto)



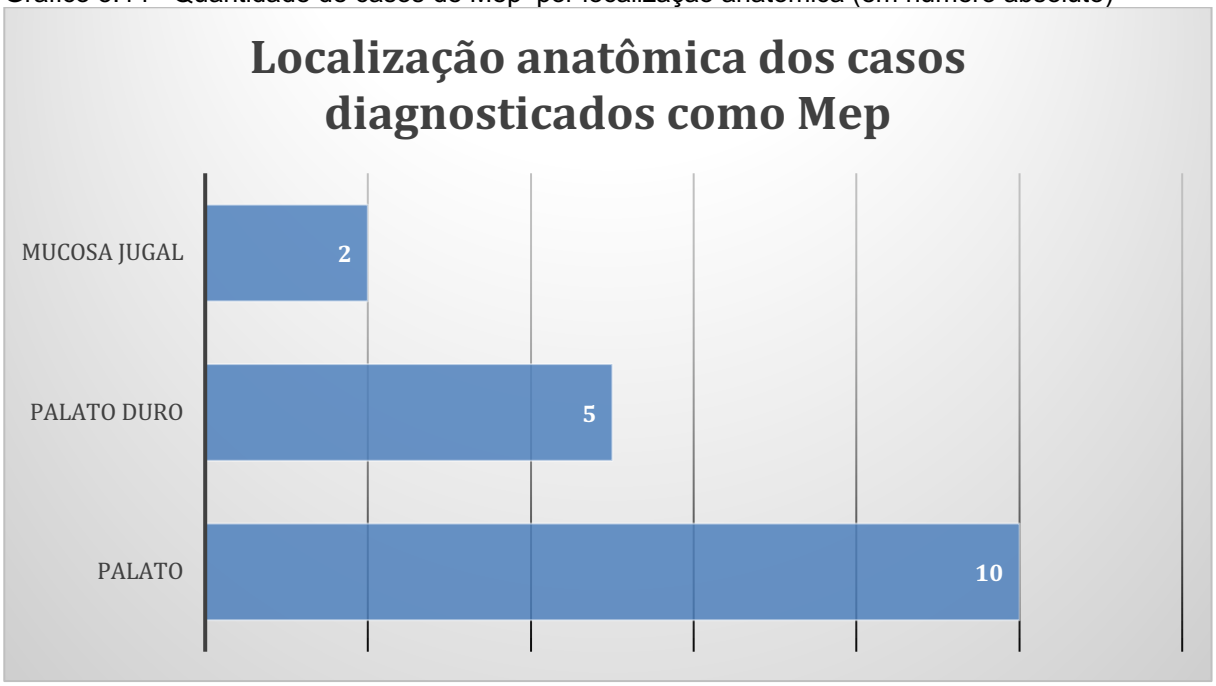
Fonte: a autora.

Alguns artigos mostram (13,16) que os pacientes mais acometidos estavam na 4ª e 5ª décadas de vida, em outro (27) o único paciente acometido estava na 4ª. Um estudo (13) mostra que a idade média foi de 47 anos, dez anos a mais do que a encontrada no nosso estudo. Em outro (28) a mínima foi de 24 anos e outro (13) a idade mínima foi de 17 anos.

Das 7 fichas com informação quanto a tabagismo ou etilismo, a maioria dos pacientes não fumava (71,4%) nem bebia (85,7%)

A região mais afetada foi palato (83,3%) (55,5% não especificado, 27,7% palato duro). (2,3,8,9,13,16,20,26,27,29). Outro estudo (25) mostra que o único caso foi em lábio inferior. O gráfico 5.14 apresenta os locais mais acometidos.

Gráfico 5.14 - Quantidade de casos de Mep por localização anatômica (em número absoluto)



Fonte: a autora.

A maioria dos clínicos (66,66%) suspeitou se tratar de uma neoplasia de glândula salivar (50% benigna, 5,5% maligna, 5,5% benigna e maligna, 5,5% indeterminado). Das 14 fichas com informação a maioria dos clínicos (57,1%) optou por realizar uma biópsia incisional.

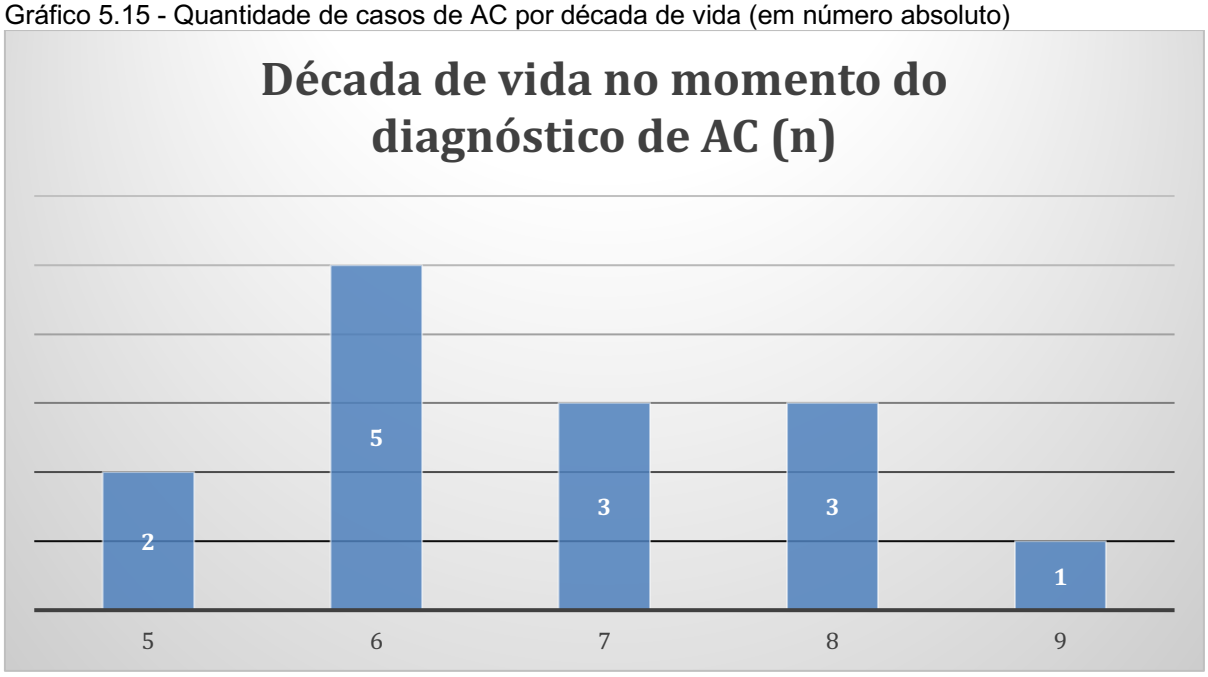
Das 8 fichas com informação quanto ao aspecto clínico e cor, o aspecto clínico e coloração mais comum foram nódulo (29) e cor de mucosa normal (87,5% cada). Das 10 fichas com informação, a maioria das lesões não apresentava aspecto radiográfico (70%) e das 11 fichas com informação quanto a sintomatologia a maioria não tinha sintomatologia (90,9%) (29).

O tamanho médio das lesões era de 2,5 cm e a duração média foi de 29,5 meses, o que vai ao encontro com o seu crescimento lento relatado na literatura. (29)

5.2.4 Adenoma canalicular

Dos 15 pacientes acometidos 66,66% foram do sexo feminino (1,17,20,22,25,26,28) apesar da OMS (29) relatar uma maior prevalência em pacientes do sexo masculino e a faixa etária mais cometida foi a 6ª década de vida, (Gráfico 5.15) com idade média de 64,28 anos (25,26), idade mínima de 44 anos e máxima de 89 anos (26), corroborando com o que a OMS (29) relata, de que raramente essa lesão acomete pacientes com menos de 50 anos. Na literatura encontramos estudos (27) em que o único paciente acometido estava na 5ª década de vida, e dois estudos que apresentaram a idade média dos pacientes, apresentaram-na aos 54 anos (17) e aos 70,3 anos (28). Em outro (28) a idade mínima encontrada foi de 56 anos.

Gráfico 5.15 - Quantidade de casos de AC por década de vida (em número absoluto)



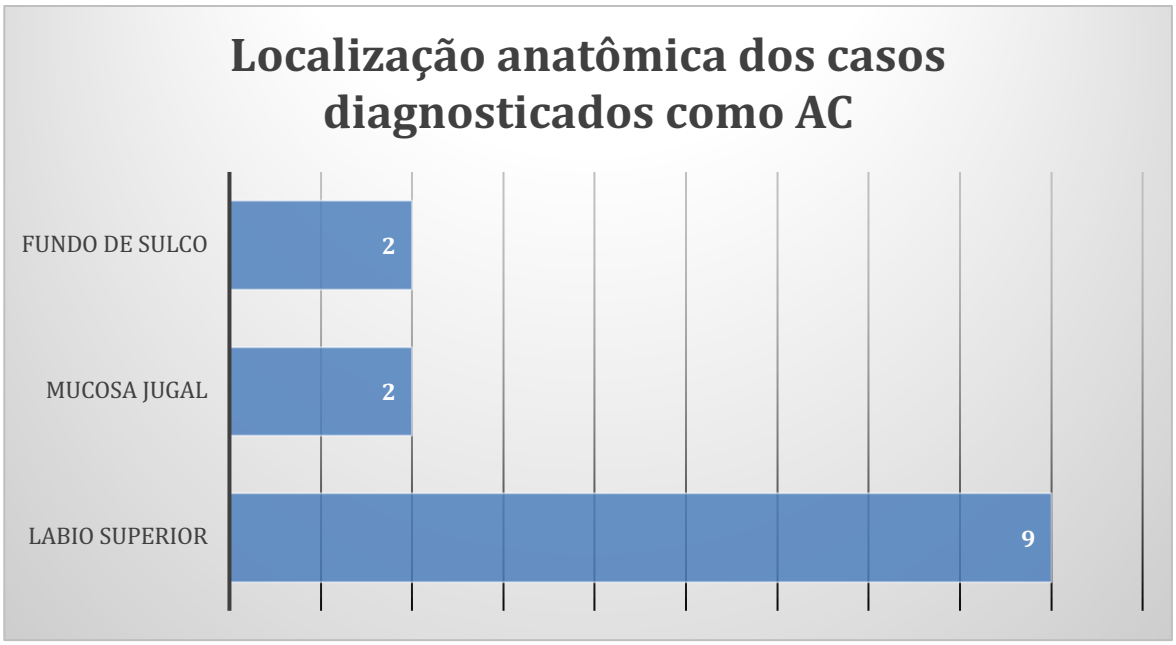
Fonte: a autora.

Das 9 fichas com informação sobre tabagismo e das 6 com informação sobre etilismo a maioria dos pacientes (66,66%) não fumava nem bebia (83,33%).

A região mais afetada foi lábio superior 60% (17,20,25,26). Alguns estudos (2,8) mostram que a localização mais comum foi em lábio sem especificação. Outro (3) mostrou que o único caso foi em língua e em outro (27) o único caso foi em

retromolar; nenhuma dessas duas localizações foram encontradas no nosso estudo. O gráfico 5.16 apresenta os locais mais acometidos.

Gráfico 5.16 - Quantidade de casos de AC por localização anatômica (em número absoluto)



Fonte: a autora.

Das 14 fichas com hipótese diagnóstica do clínico e tipo de biópsias realizada, a maioria (71,4%) suspeitou se tratar de uma neoplasia de glândula salivar (42,8% benignas, 7,14% maligna, 7,14% benigna e maligna e 14,3% inespecífico) e 78,5% dos clínicos optaram por realizar uma biópsia excisional. (25)

Das 9 fichas com aspecto clínico, coloração em mucosa e aspecto radiográfico o aspecto clínico e coloração mais comum foram nódulo (100%) e cor de mucosa normal (77,77%) e nenhuma apresentava aspecto radiográfico. Das 14 fichas com informação a maioria das lesões não tinha sintomatologia (85,7%). (1,22,29)

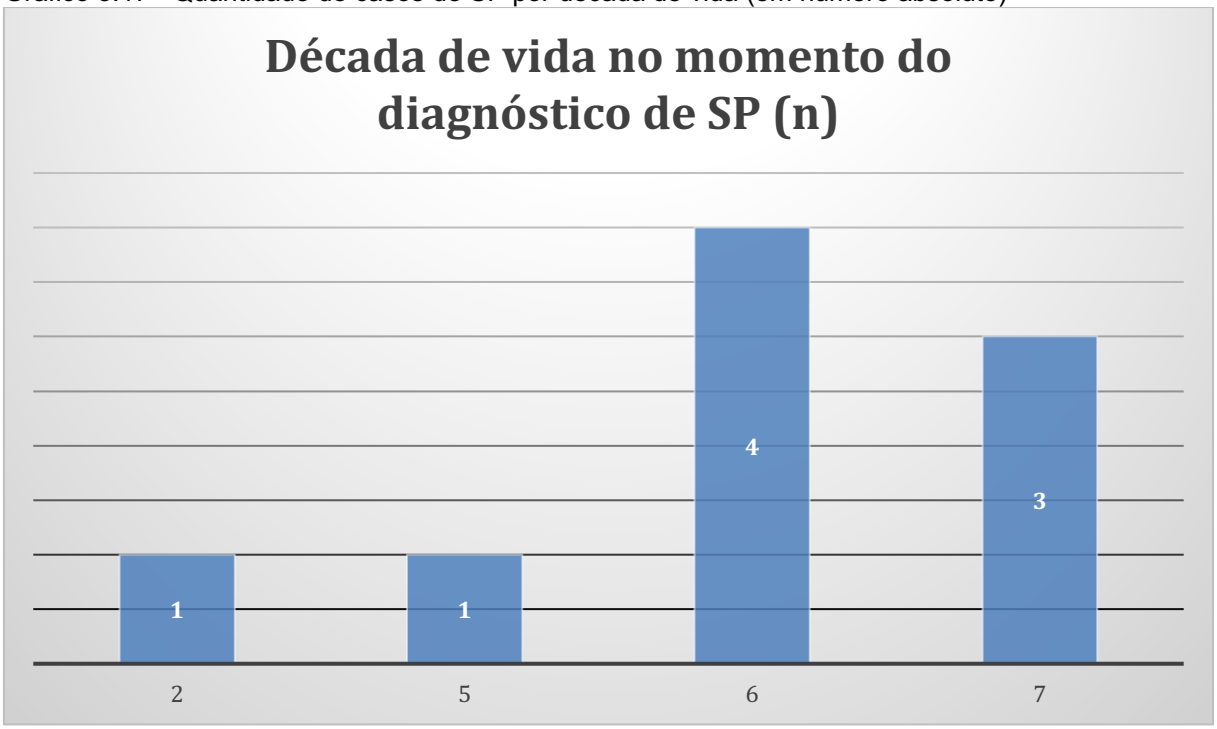
Das 12 fichas com informação quanto a tamanho e duração, o tamanho médio das lesões foi de 1,55 cm e a duração média foi de 19,35 meses, corroborando com o seu crescimento lento relatado na literatura. (1,22,29)

5.2.5 Sialoadenoma papilífero

Dos 10 pacientes acometidos, os pacientes do sexo feminino e masculino foram igualmente afetados (50%) (28). Na literatura não há consenso sobre a predileção por sexo variando de 1,5 vezes mais homem ou mais mulheres. (1,5,22,25,26,28,29)

A faixa etária mais acometida foi a da 6ª e 7ª década de vida (78%) (Gráfico 5.17) com idade mínima de 13 e máxima de 68 anos (26). A idade média dos pacientes acometidos foi de 53,11 anos (25,26,28) apesar da literatura falar que ele usualmente acomete pacientes mais idosos por volta da 8ª década de vida, podendo ocorrer a partir da 5ª década de vida (1,5,22,25–29). Nesse trabalho tivemos um caso na segunda década de vida.

Gráfico 5.17 - Quantidade de casos de SP por década de vida (em número absoluto)

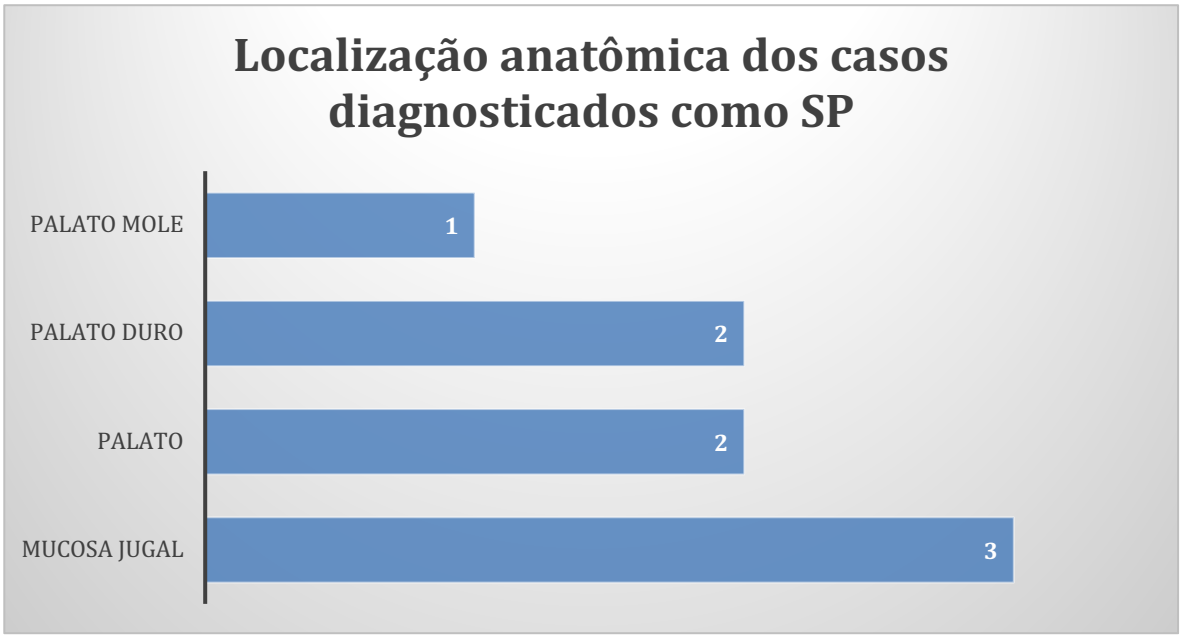


Fonte: a autora.

Das 4 fichas com informação sobre tabagismo e 3 sobre etilismo a maioria dos pacientes fumava (75%) ou bebia (100%). Podendo indicar uma relação entre esses hábitos e o desenvolvimento do SP.

A região mais afetada foi palato 50% (20,25) - inespecífico (20%), palato duro (20%) e palato mole (10%). Um estudo (27) mostra que o único caso foi em mucosa alveolar. O gráfico 5.18 apresenta os locais mais acometidos.

Gráfico 5.18 - Quantidade de casos de SP por localização anatômica (em número absoluto)



Fonte: a autora.

Das 8 fichas com informação nenhum dos clínicos suspeitou se tratar de uma neoplasia de glândula salivar. O diagnóstico clínico mais comum foi granuloma piogênico (25%). Das 8 fichas com informação a maioria dos clínicos optou por realizar uma biópsia excisional (87,5%). (25)

Das 6 fichas com informação quanto ao aspecto clínico e 5 quanto a cor, o aspecto clínico e coloração mais comum foram nódulo (100%) vermelho (80%). Das 6 fichas com informação nenhuma apresentava aspecto radiográfico nem sintomatologia. (1,5,29)

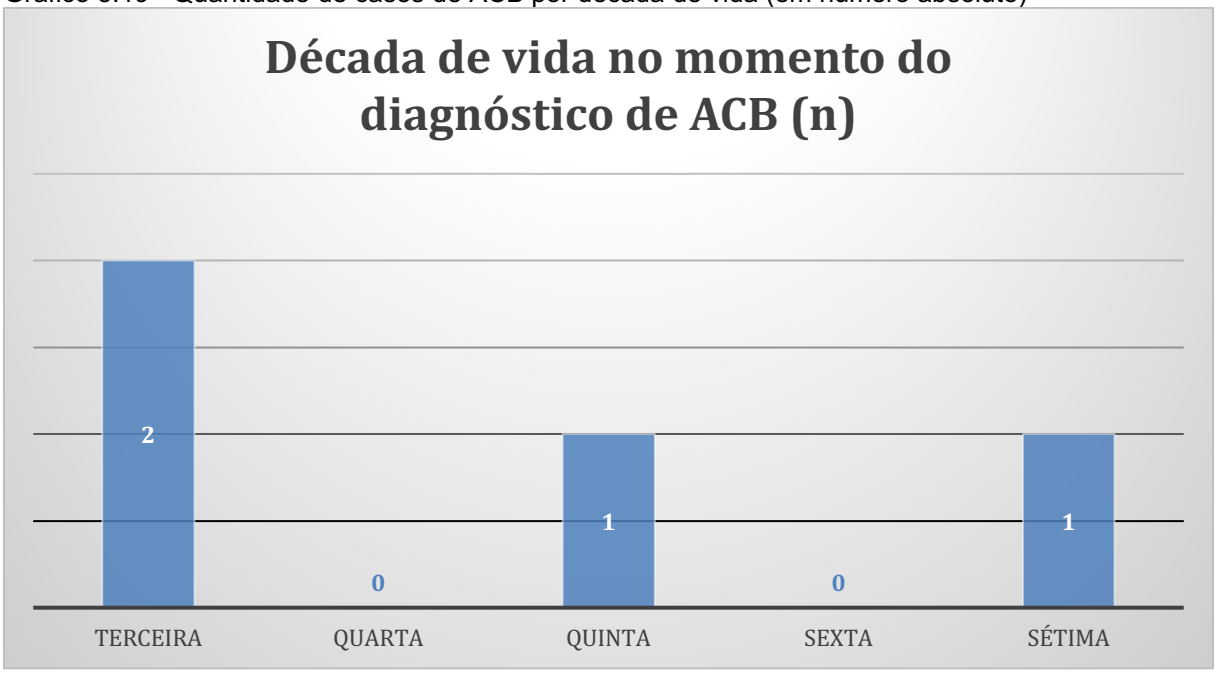
O tamanho médio das lesões era de 1,05 cm e a duração média foi de 94,4 meses, podendo caracterizar um crescimento lento.

5.2.6 Adenoma de células basais

Dos 5 pacientes acometidos, corroborando com os relatos da raridade dessa neoplasia em glândulas menores, (1,29) 60% foram do sexo feminino (13,16,17,28,29), apesar de alguns autores (1,22) relatarem uma predileção pelo sexo masculino.

A faixa etária mais acometida foi a da 3ª década de vida (40%) e não foram diagnosticados casos na quarta e na sexta décadas de vida (Gráfico 5.19) tendo sido a idade média dos pacientes acometidos de 38,75 anos, com a idade mínima 21 anos e a máxima 61 anos. A literatura relata que pode acometer pacientes entre 35 e 80 anos (13,16,27) com média de idade relatada pela OMS (29) de 60 anos.

Gráfico 5.19 - Quantidade de casos de ACB por década de vida (em número absoluto)

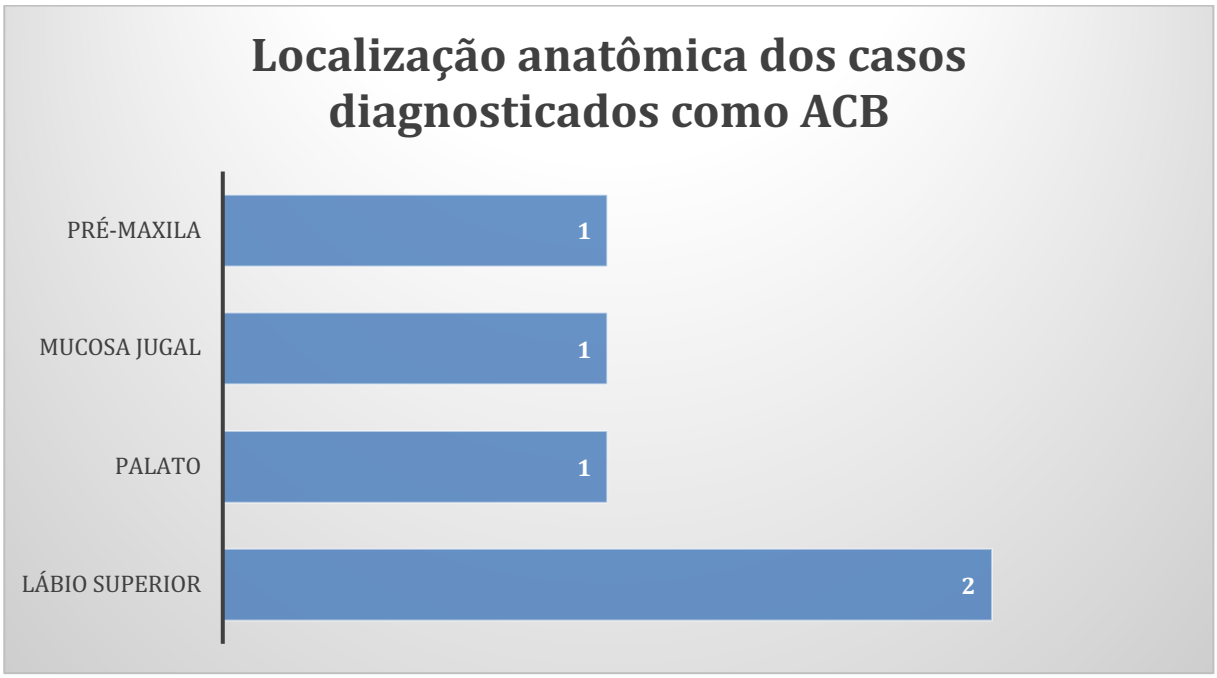


Fonte: a autora.

A maioria dos pacientes (60%) não fumava ou bebia

A região mais afetada foi lábio superior (40%) (1,17,22,26), enquanto em alguns estudos (3,9,13,16) foi palato (1 caso da nossa amostra), em outros (2,20) mucosa jugal (também um caso) e em outro (27) mucosa alveolar. O gráfico 5.20 apresenta os locais mais acometidos.

Gráfico 5.20 - Quantidade de casos de ACB por localização anatômica (em número absoluto)



Fonte: a autora.

A maioria dos clínicos (80%) suspeitou se tratar de uma neoplasia de glândula salivar, sendo que 3 pensaram em neoplasia de glândula benigna e 1 em maligna. A maioria dos clínicos (80%) optou por realizar uma biópsia excisional, inclusive no caso em que as hipóteses diagnósticas foram apenas neoplasias malignas.

O aspecto clínico e coloração mais comum foram nódulo (80%), cor de mucosa normal (60%). A maioria das lesões (60%) não tinha sintomatologia.(1,22,29)

O tamanho médio das lesões era de 0,975 cm e a duração média foi de 13 meses, corroborando com a literatura (1,22,29) que relata um crescimento lento.

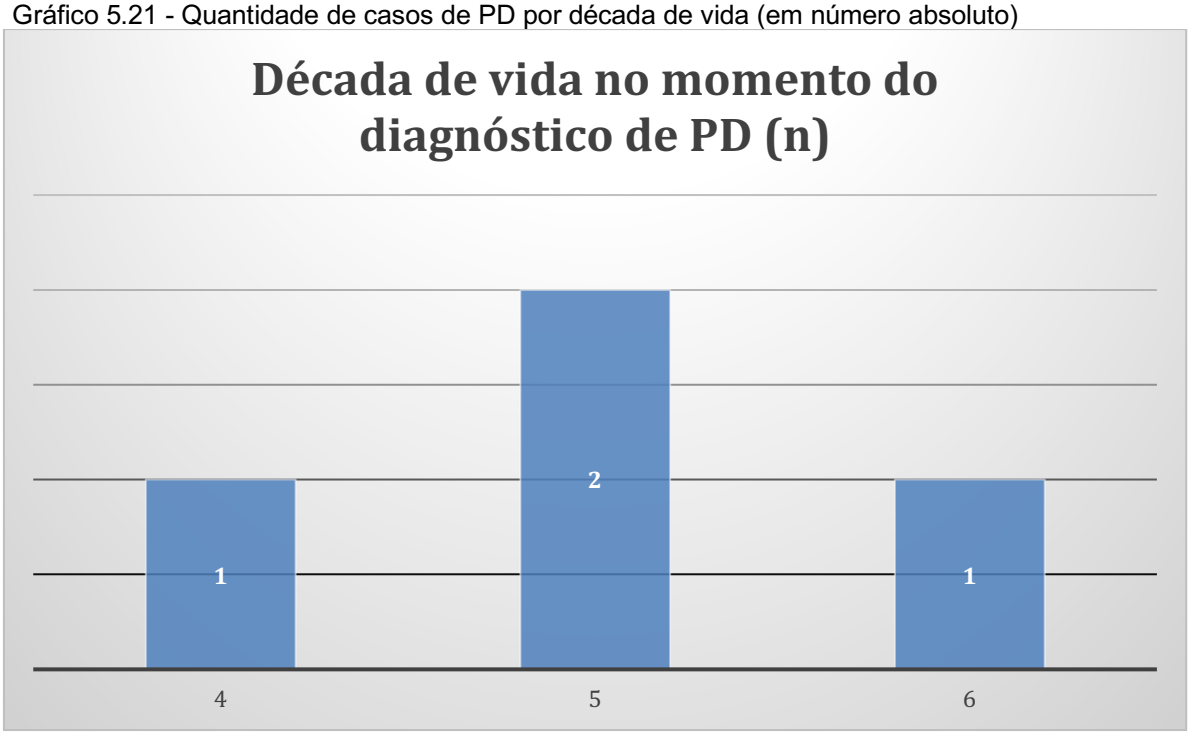
5.2.7 Papiloma ductal invertido

Dos 4 pacientes afetados 75% foram do sexo feminino (13), enquanto a literatura (1,16,28,29) relata um acometimento igual entre os sexos.

A faixa etária mais acometida foi quinta década de vida (50%), (Gráfico 5.21) a idade média dos pacientes acometidos foi de 47,75 anos (28) sendo a idade mínima

de 35 anos e a máxima de 59 anos, confirmando a sua raridade em crianças. (29) Em alguns estudos (13,16) a década mais acometida foi a 6ª, mas em outro estudo (28) os casos variaram de 41-47 anos e, em outro (13) a idade máxima foi de 72 anos. Não havia informações sobre hábitos tabagistas ou etilista dos pacientes.

Gráfico 5.21 - Quantidade de casos de PD por década de vida (em número absoluto)



Fonte: a autora.

A região mais afetada foi lábio inferior (5,9,13,16,20,22,29) (3 casos) e o outro caso foi em lábio não especificado. Em alguns estudos o local mais acometido foi palato (2,3,9,13) enquanto outro relata mucosa jugal. (26)

A maioria dos clínicos não suspeitou se tratar de uma neoplasia de glândula salivar tendo sido o diagnóstico clínico mais comum de mucocele (75%). Todos clínicos optaram por realizar biópsia excisional.

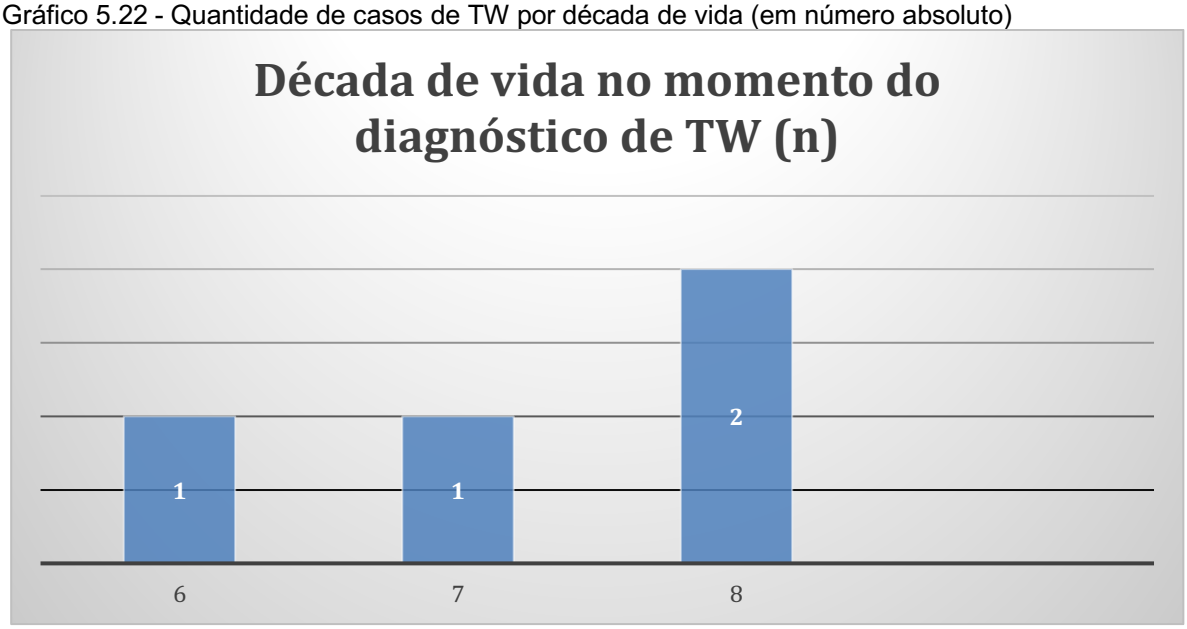
A maioria dos casos não tinham informação quanto ao aspecto clínico e coloração (75%). A maioria das lesões não tinha sintomatologia (75%).

O tamanho médio das lesões era de 0,95cm e a duração média foi de 63 meses sendo que 50% das fichas não tinham informação quanto a duração e 25% quanto a tamanho.

5.2.8 Tumor de Warthin

Dos 4 pacientes acometidos 75% foram do sexo feminino, apesar da literatura relatar uma predominância em pacientes do sexo masculino (16,22,29) e a faixa etária mais cometida foi a 8ª década de vida (50%) (Gráfico 5.22) (1,13,16,22,29), sendo a idade mínima de 57 anos e a máxima de 62 anos e a idade média dos pacientes acometidos foi de 68,5 anos, acima do relatado em outro estudo (13) que foi de 54,4 anos.

Gráfico 5.22 - Quantidade de casos de TW por década de vida (em número absoluto)



Fonte: a autora.

Todos os casos acometeram a mucosa labial, sendo que apenas 2 dos 4 casos identificaram como lábio superior (20). Estudos relatam (9,13) que um caso acometeu mucosa jugal e 1 língua, em outro (2) um caso foi em palato, um em mucosa jugal e um em retro molar e outro a região mais acometida foi palato (16).

A maioria dos clínicos não suspeitou de uma neoplasia de glândula salivar (75%). O diagnóstico clínico mais comuns foi mucocele (50%). Todos os clínicos optaram por realizar uma biópsia excisional.

O aspecto clínico mais comum foi nódulo (50%), não houve uma coloração em mucosa predominante (apenas dois casos apresentavam essa informação um foi descrito como arroxeado e o outro como cor de mucosa normal). Metade das lesões eram assintomáticas.

Apenas 1 dos dois pacientes que apresentava informação quanto a hábito tabagista ou etilista fumava. Apesar da literatura relatar a associação entre o desenvolvimento do TW e o fumo (1,22,29), não foi possível notar essa relação na nossa amostra.

O tamanho médio das lesões era de 1,175 cm e a duração média foi de 61,5 meses (apenas 2 casos tinham esta informação).

No quadro 5.1 podemos observar de maneira comparativa as principais características dos diagnósticos benignos presentes nessa amostra:

Quadro 5.1- Informações predominantes de cada diagnóstico da amostra de NGSMIO benigna

Diagnostico	Sexo	Idade média (anos)	Tabagismo	Etilismo	Região	Aspecto clínico	Coloração	Tamanho médio (cm)	Duração média (meses)	Cm/ano
AP	Feminino	43,33	Não	Não	Palato	Nódulo	Cor de mucosa	2,88	51,41	0,67
Ca	Feminino	57,08	Não	Não	Lábio	Nódulo	Cor de mucosa	0,95	15,02	0,76
Mep	F/M	37,35	Não	Não	Palato	Nódulo	Cor de mucosa	2,5	29,5	1,01
AC	Feminino	64,28	Não	Não	Lábio superior	Nódulo	Cor de mucosa	1,55	19,35	0,96
SP	F/M	53,11	Sim*	Sim*	Palato	Nódulo	Vermelho	1,05	94,4	0,13
ACB	Feminino	38,75	Não	Não	Lábio superior	Nódulo	Cor de mucosa	0,975	13	0,9
PDI	Feminino	47,75	NI	NI	Lábio inferior	NI	NI	0,95	63	0,18
TW	Feminino	68,5	NI	NI	Lábio	Nódulo	NI	1,175	61,5	0,22

Fonte: a autora.

* < 50% das fichas tinham a informação

A informação sobre sintomatologia não foi incluída no quadro pois todas as lesões foram predominantemente assintomáticas.

Apenas o Mep e o SP acometeram os pacientes do sexo masculino e feminino de maneira semelhante, as outras neoplasias foram predominantemente diagnosticadas em pacientes do sexo feminino. O Mep e o ACB foram os diagnósticos que apresentaram a menor média de idade, com pacientes na quarta década de vida, enquanto os pacientes com AP e o PDI estavam na 5ª década, os com Ca e SP na 6ª, os com AC e TW na sétima.

O único diagnóstico em que a maior parte dos pacientes era fumante e etilista foi o SP. No entanto, apenas 40% das fichas apresentavam essa informação, sendo assim essa relação não pode ser confirmada, mas pode ser um indicativo de que haja uma relação entre esses fatores e o desenvolvimento do SP.

Quanto a região, os casos de AP, Mep e SP foram mais comuns em palato, enquanto o Ca e o TW foram em lábio, o AC e o ACB em lábio superior e o PDI em lábio inferior.

De maneira geral, todas as lesões se apresentaram como um nódulo com cor de mucosa normal, exceto o SP que foi descrito predominantemente como vermelho.

Utilizando-se o referencial de velocidade de crescimento de 1 cm por ano, todas as lesões benignas tiveram um crescimento lento. Sendo as que tiveram o crescimento mais lento o SP, PDI e o TW e as que apresentaram um crescimento mais rápido o Mep, AC e o ACB.

5.3 QUANTO AS LESÕES MALIGNAS

As neoplasias malignas foram representadas por: Carcinoma mucoepidermoide (n=116), Adenocarcinoma polimorfo (n=88), Carcinoma adenoide cístico (n=67), Adenocarcinoma SOE (n=35), Carcinoma ex adenoma pleomórfico (n=14), Carcinoma de células acinares (n=11), Adenocarcinoma de células claras (n=5), Carcinoma mioepitelial (n=2), Adenocarcinoma de células basais (n=2), Carcinossarcoma (n=1), Carcinoma epitelial-mioepitelial (n=1), Carcinoma linfoepitelial (n=1), Carcinoma secretório (n=1) e Carcinoma intraductal (n=1).

A proporção de cada diagnóstico em relação ao total de diagnósticos, NGSMIO e de NGSMIO malignas pode ser observada na tabela 5.3.

Tabela 5.3 - Diagnósticos de neoplasias malignas em número absoluto, porcentagem em relação ao total de diagnóstico no período, porcentagem em relação ao total de NGSMIO e porcentagem em relação as NGSMIO malignas

Diagnóstico (n)	*% total de casos*	*%total de neoplasias de glândula salivar menores*	*% neoplasias Malignas*
Carcinoma mucoepidermoide (116)	0,16	16,9	33,6
Adenocarcinoma polimorfo (88)	0,12	12,8	25,5
Carcinoma adenoide cístico (67)	0,09	9,7	19,4
Adenocarcinoma SOE (35)	0,05	5,1	10,1
Carcinoma ex adenoma pleomórfico (14)	0,02	2,0	4,0
Carcinoma de células acinares (11)	0,015	1,6	3,2
Carcinoma de células claras (5)	0,007	0,7	1,4
Carcinoma mioepitelial (2)	0,003	0,3	0,6
Adenocarcinoma de células basais (2)	0,003	0,3	0,6
Carcinossarcoma (1)	0,001	0,1	0,3
Carcinoma epitelial-mioepitelial (1)	0,001	0,1	0,3
Carcinoma linfoepitelial (1)	0,001	0,1	0,3
Carcinoma secretório (1)	0,001	0,1	0,3
Carcinoma intra ductal (1)	0,001	0,1	0,3

Fonte: a autora.

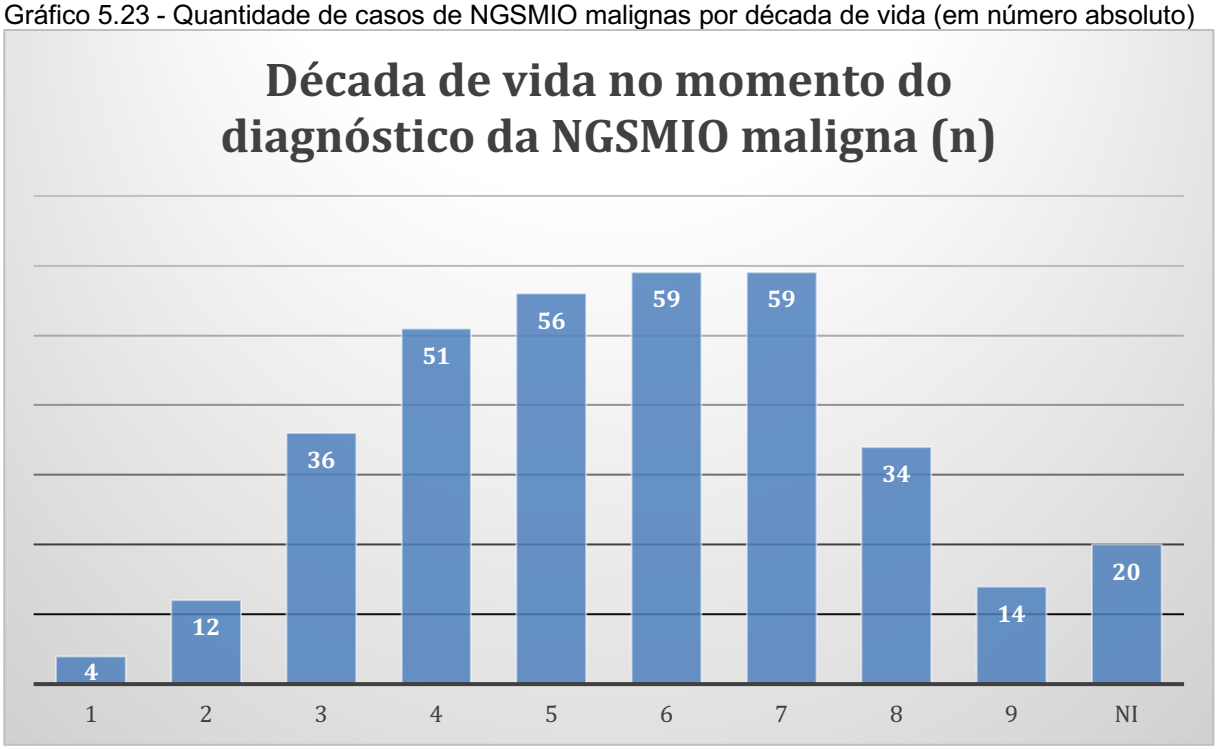
Carcinoma de ducto salivar, adenocarcinoma sebáceo, carcinoma pobremente diferenciado, carcinoma epidermoide, carcinoma oncocítico e sialoblastoma não foram encontrados na amostra.

Dentre as lesões malignas a mais frequente foi o carcinoma mucoepidermoide (8,17) com 116 casos (33,5%) (8,17,24–28,30). Nota-se na literatura que alguns estudos apontam o CAC (2,9,13–16) ou o AcP (17,23) como as neoplasias malignas mais frequente, isso pode ser justificado pelo fato de que, como nossos dados apontam, ao contrário da evidente predominância do diagnóstico das NGSMIO

benignas de AP (73%) enquanto a segunda neoplasia benigna mais frequente representa apenas 10,5% da amostra; as neoplasias malignas apresentam uma diferença percentual menos exuberantes, tendo sido o AcP o segundo mais frequente (22,5%) e o CAC o terceiro (19,4%).

Os pacientes mais afetados foram do sexo feminino (68%) (13,17) e a faixa etária mais cometida foi entre 5ª e 7ª década de vida (50%) (13) (Gráfico 5. 23) e a idade média dos pacientes acometidos foi de 50,7 anos (13,17) sendo a idade mínima de 9 anos e a máxima de 90 anos (13).

Gráfico 5.23 - Quantidade de casos de NGSMIO malignas por década de vida (em número absoluto)

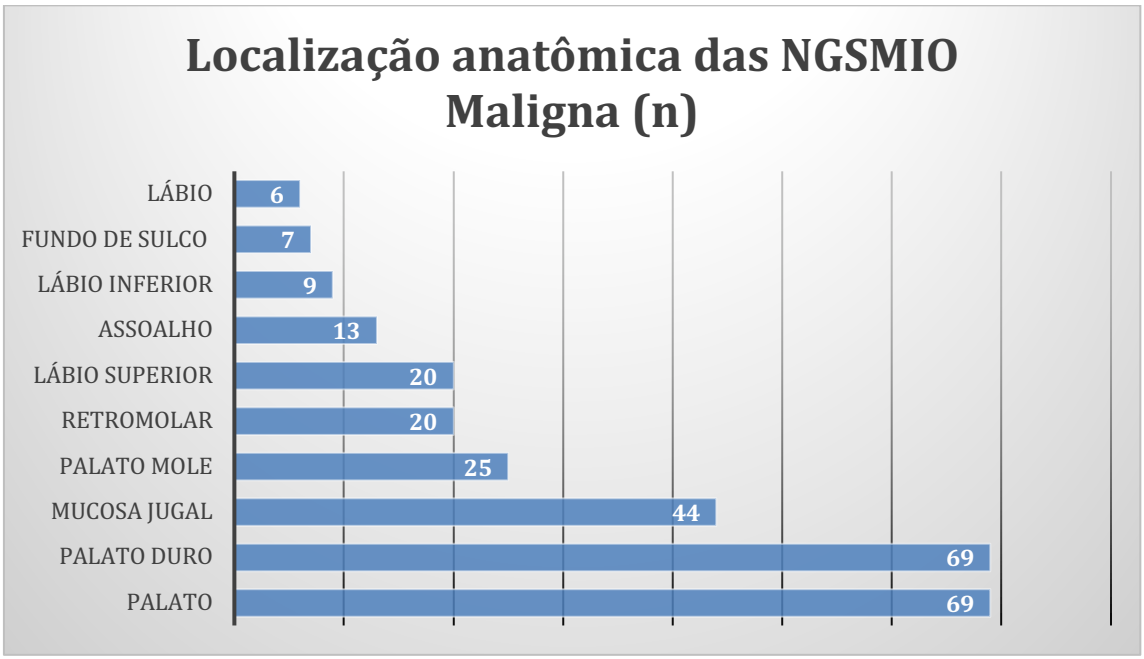


Fonte: a autora.

A maioria das fichas não tinha informação quanto aos hábitos tabagistas (60%) e etilistas (66%) do paciente. Das fichas que tinham a maioria dos pacientes não fumava e/ou bebia (85%). Esses dados reforçam que não é possível estabelecer uma relação entre consumo de álcool e/ou tabaco o desenvolvimento de NGSMIO malignas.

A região mais afetada foi palato 57% dos casos (24% palato duro, 9% palato mole e 24% não especificado) (Gráfico 5.24) (2,8,13,16,17)

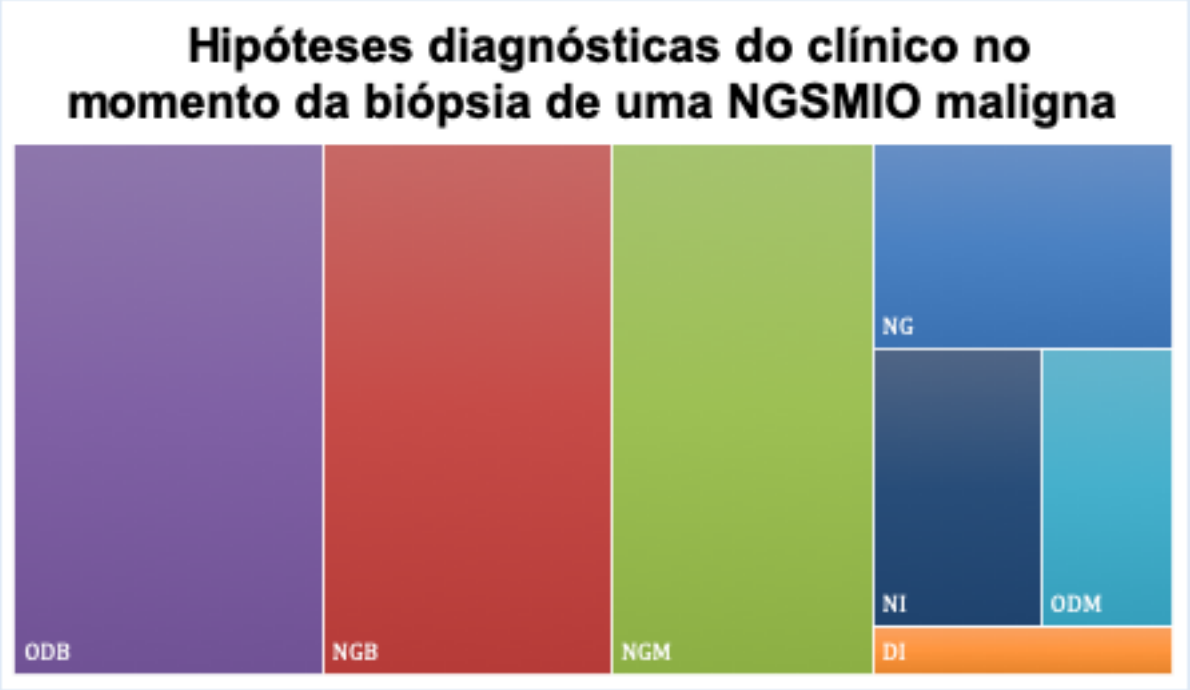
Gráfico 5.24 - Quantidade de casos de NGSMIO malignas por localização anatômica (em número absoluto)



Fonte: a autora.

A maioria dos clínicos (27%) suspeitou de alguma lesão benigna (não incluindo neoplasias de glândula salivares), 25% suspeitaram de neoplasias de glândulas salivares benignas e 22 % de neoplasias de glândulas salivares malignas (Gráfico 5.25).

Gráfico 5.25 - Proporção das hipóteses clínicas das NGSMIO malignas divididas em grupos. NGB: neoplasias de glândula benigna. NGM: neoplasia de glândula malignas. NG: neoplasia de glândula. ODB: outro diagnóstico benigno. ODM: outro diagnóstico maligno. DI: diagnóstico inespecífico. NI: não informado.



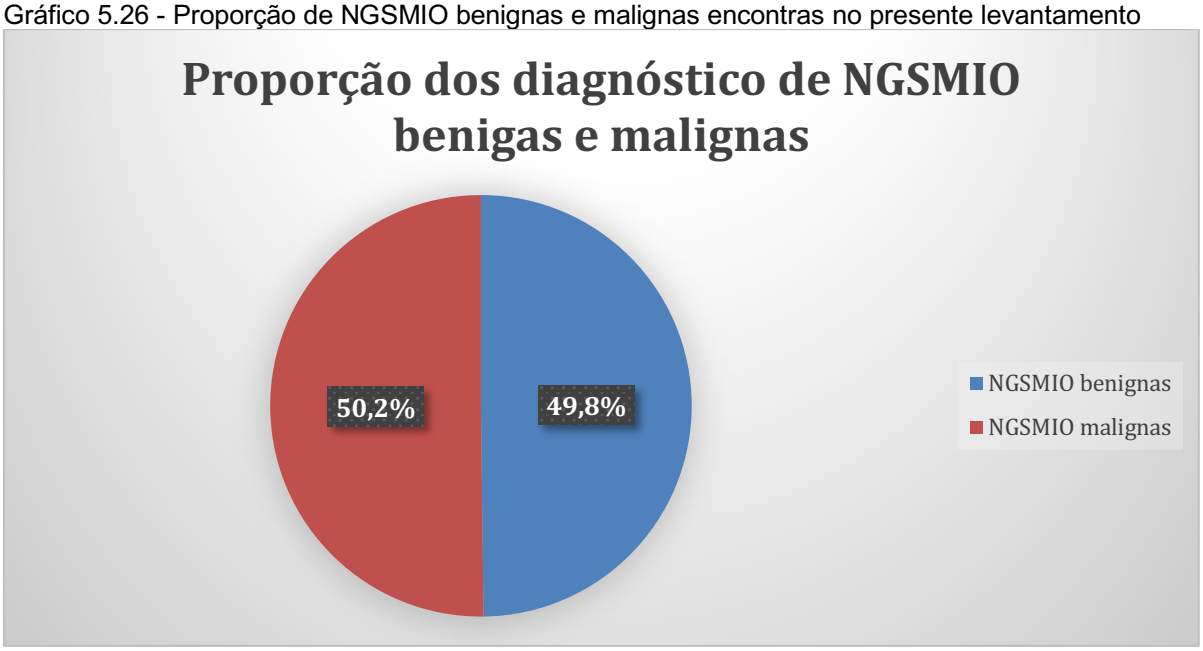
Fonte: a autora.

É possível notar ao se comparar os gráficos 5.25 e 5.5 que, enquanto as principais hipóteses diagnósticas das lesões posteriormente diagnosticadas como NGSMIO benignas (Gráfico 5.5) foram predominantemente desse mesmo diagnóstico, seguido por uma proporção um pouco menor de outros diagnósticos benignos; as hipóteses clínicas das lesões posteriormente diagnosticadas como NGSMIO malignas (Gráfico 5.25) foram, em uma proporção bastante semelhante, outros diagnósticos benignos, neoplasia de glândula benigna e neoplasia de glândula maligna.

Frente a esses dados podemos notar que as NGSMIO benignas geram menos dúvidas nos clínicos quanto ao seu provável diagnóstico histológico do que as malignas e que frente a uma neoplasia de glândula salivar maligna, as hipóteses clínicas mais frequentes são de lesões benignas o que pode levar a uma má condução do caso. É provável que o número de hipóteses de outros diagnósticos benignos seja elevado, em ambos os casos por essas lesões (como mucocele, fibroma ou granuloma piogênico) serem mais frequentes do que as NGSMIO. No entanto, nosso estudo demonstra que a proporção de neoplasias benignas e malignas em glândulas salivares menores intra-orais são bastante semelhantes entre si (Gráfico 5.26) não

justificando a frequência maior de hipóteses diagnósticas de NGSMIO benignas do que malignas. Sendo assim, uma vez que surja a hipóteses de NGSMIO o clínico deve ficar atento a essa relação B:M semelhante para que possa conduzir o caso da maneira mais apropriada possível.

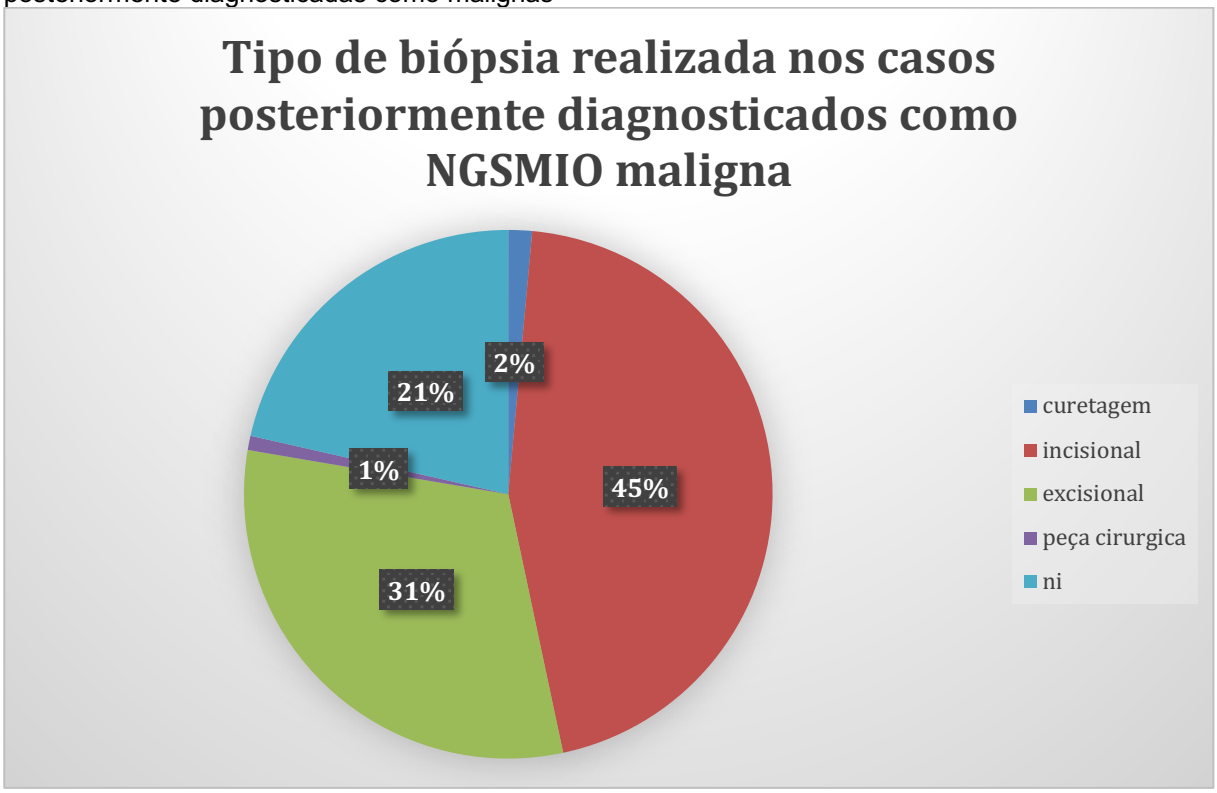
Gráfico 5.26 - Proporção de NGSMIO benignas e malignas encontras no presente levantamento



Fonte: a autora.

A maioria dos clínicos (45%) optou por realizar uma biópsia incisional (ainda que a maior parte das hipóteses diagnósticas tenham sidos de lesões benignas), 31% excisional, 2% curetagem e 1% peça cirúrgica. (Gráfico 5.27)

Gráfico 5.27 - Representação percentual do tipo de biópsia realizada pelos clínicos em NGSMIO posteriormente diagnosticadas como malignas

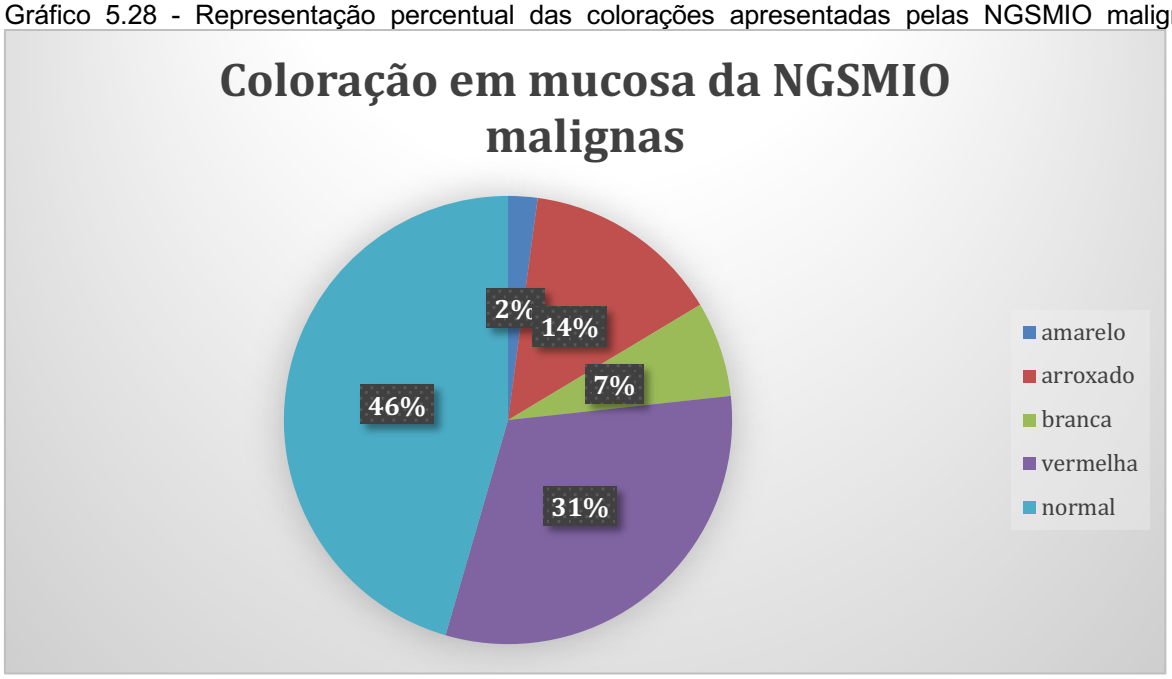


Fonte: a autora.

Frente a esses dados podemos observar que apesar da maior parte das hipóteses clínicas terem sido de diagnósticos benignos, a maioria dos clínicos optou por realizar uma biópsia incisional, no entanto mais de 1/5 das fichas não apresentavam essa informação o que dificulta a analise final da proporção entre biópsias excisionais e incisionais. Quando comparamos esses dados com os das lesões posteriormente diagnosticadas como NGSMIO benignas (Gráfico 5.6) notamos que nelas a maior parte dos clínicos optou por realizar uma biópsia excisional e que menos fichas (13%) não apresentavam informação quanto ao tipo de biópsias realizada. O único artigo que traz informação quanto ao tipo de biópsia realizada também encontrou mais excisional para benignas e incisional para malignas. (25)

Quase metade das fichas (49%) não tinham informação quanto ao aspecto clínico (novamente justificável pelos modelos antigos de FREAP) e 45% das fichas não tinham a informação quanto a coloração. Das que tinham, o aspecto clínico mais comum foi nódulo (83%) e as colorações mais comuns foram de mucosa normal (46%) e vermelha (31%) (Gráfico 5.28).

Gráfico 5.28 - Representação percentual das colorações apresentadas pelas NGSMIO malignas



Fonte: a autora.

Podemos notar, ao comparar os gráficos 5.7 e 5.28 que enquanto quase 70% das NGSMIO benignas foram descritas com coloração semelhante a mucosa normal esse percentual cai para menos de 50% frente as NGSMIO malignas, sendo que a porcentagem de lesões vermelhas praticamente dobrou nas NGSMIO malignas, assim como as lesões arroxeadas.

A maioria das fichas (52%) não tinha informação se apresentava aspecto radiográfico, das que tinham, 79% não apresentavam e 27% das fichas não possuíam informação referente a sintomatologia, das que tinham, a maioria (72%) era assintomática.

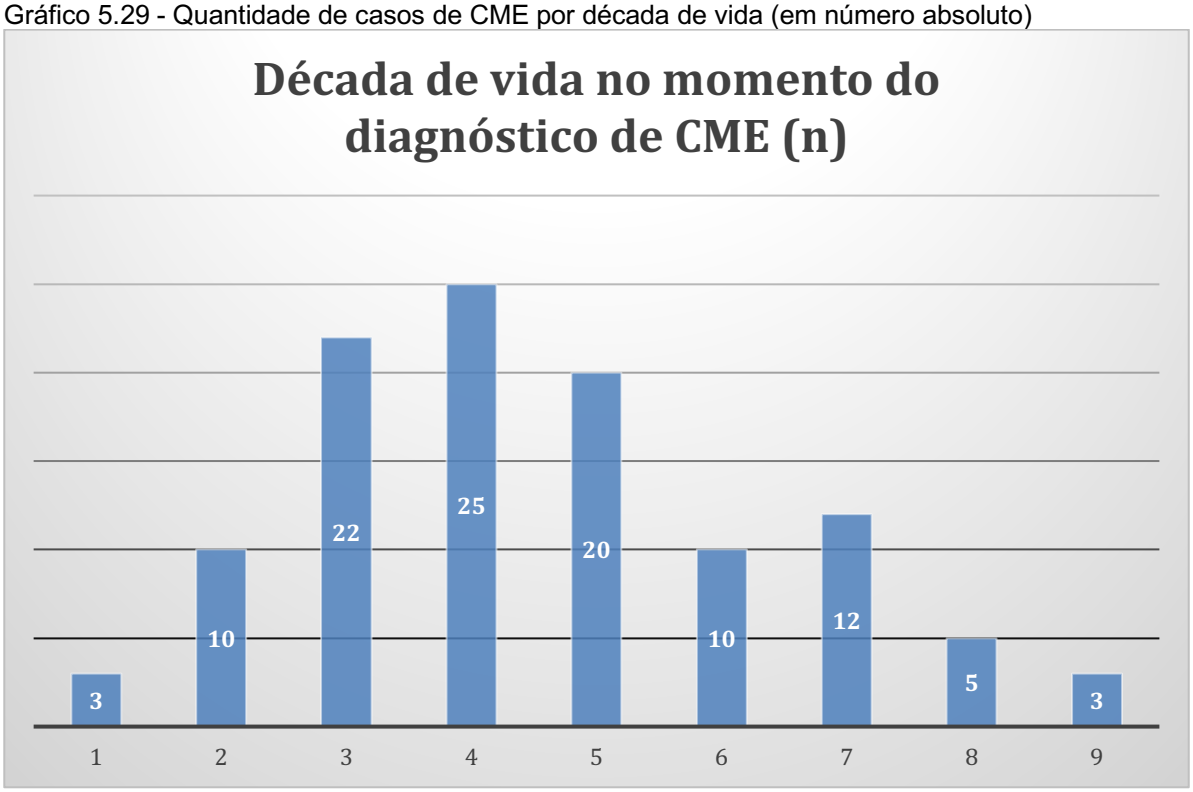
O tamanho médio das lesões foi de 2,7 cm sendo que a maior parte delas (45%) tinham até 2 cm. A duração média foi de 24,11 meses, sendo que 29% das fichas não apresentavam essa informação e, das que possuíam, a maior parte (43%) tinha duração de 1 a 6 meses.

Usando os mesmos referenciais utilizados para avaliar o crescimento (1 cm/ano) nota-se que as neoplasias malignas apresentam um crescimento rápido (1,34cm/ano em média)

5.3.1 Carcinoma mucoepidermodie

Dos 116 pacientes acometidos 72% foram do sexo feminino (13,16,17,25,26,28) e a faixa etária mais cometida foi entre a 3ª a 5ª décadas de vida (61%), com pico na quarta década (Gráfico 5.29) (27). A idade média dos pacientes acometidos foi de 41,46 anos (13) sendo a mínima de 10 anos e a máxima de 85 anos. (28) Em alguns estudos, a década mais acometida foi a 6ª (13,16), com a idade média dos pacientes acometidos também uma década superior (17,25). Ainda sobre a diferença etária entre os estudos, a idade máxima foi superior a nossa tendo sido de 94 anos (26) e a idade mínima também superior a nossa, foi de 17 anos (13).

Gráfico 5.29 - Quantidade de casos de CME por década de vida (em número absoluto)

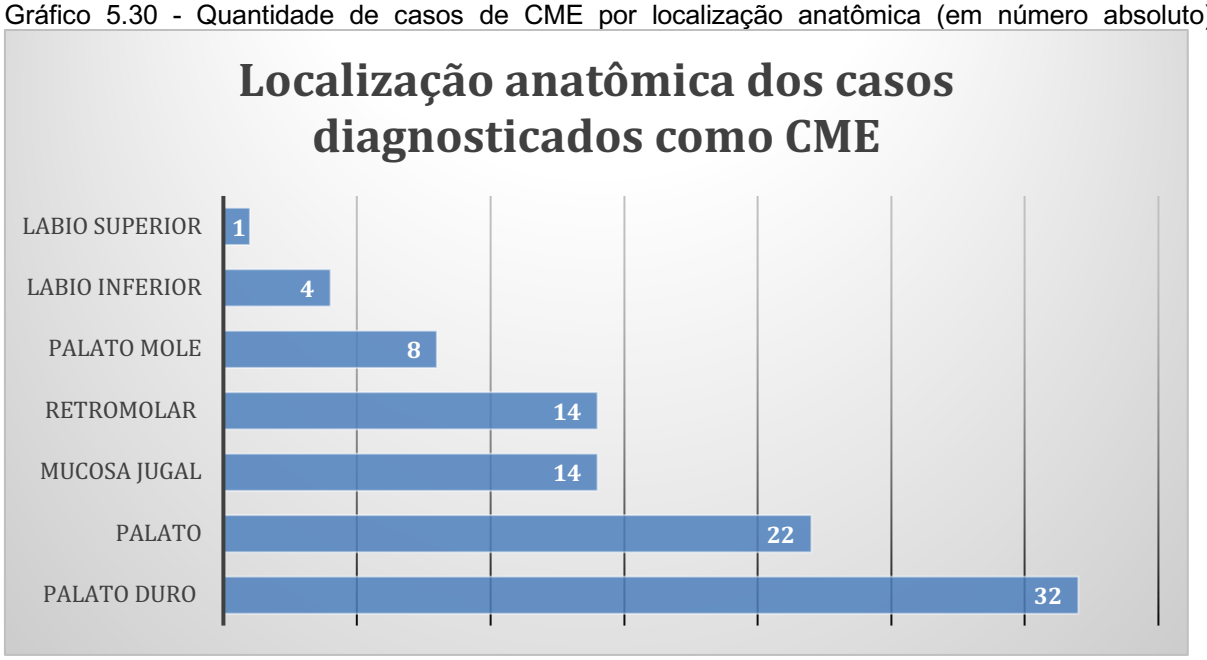


Fonte: a autora.

Das 46 fichas com informação quanto aos hábitos tabagistas e 42 fichas com informação quanto aos hábitos etilistas, a maioria dos pacientes não fumava (93,47%) nem bebia (85,7%)

A região mais afetada foi palato em 53,44% dos casos - palato duro (27,6%), não especificado (18,9%) e palato mole (6,9%) (2,3,27,31,8,9,13,16,17,24–26). O gráfico 5.30 apresenta os locais mais acometidos.

Gráfico 5.30 - Quantidade de casos de CME por localização anatômica (em número absoluto)



Fonte: a autora.

Das 106 fichas com informação, a maioria dos clínicos (61,32%) suspeitou se tratar de uma neoplasia de glândula salivar: 11,32% benigna, 18,86% maligna, 15,1% benigna e maligna, 16,04% não especificado; e das 92 fichas com informação, a maioria dos clínicos (55,43%) optou por realizar uma biópsia incisional. Em outro estudo (25) a maioria realizou a biópsia excisional.

Das 64 fichas com informação quanto ao aspecto clínico e 71 com informação quanto a coloração em mucosa, o aspecto clínico e coloração mais comum foram nódulo (87,5%) cor de mucosa normal (33,8%), enquanto das 61 fichas com informação sobre aspecto radiográfico a maioria das lesões não apresentava aspecto radiográfico (75,4%) e das 92 fichas com informação quanto a sintomatologia, a maioria das lesões não tinha sintomatologia (71,7%). (1,19,22,29)

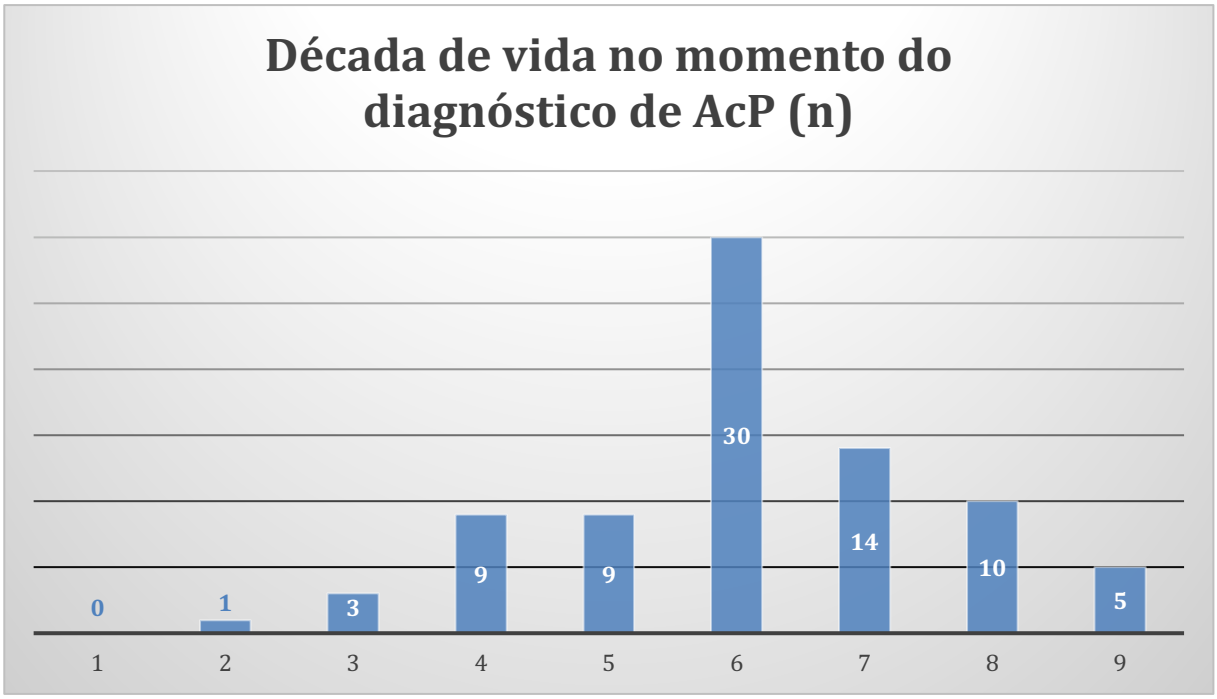
O tamanho médio das lesões era de 2,23 cm e a duração média foi de 27,9 meses, corroborando com o crescimento lento relatado na literatura (1,19,22,29)

5.3.2 Adenocarcinoma polimorfo

Dos 88 pacientes acometidos 70% foram do sexo feminino, (17,22,25,26,28,29) no entanto, em um estudo (13) a maioria dos pacientes era do sexo masculino e em

outro (16) os pacientes foram igualmente acometidos. Metade dos pacientes estavam entre a 6ª e a 7ª década de vida (16,27), (Gráfico 5.31) mas a década mais cometida foi a 6ª (34%)(13) e a idade média dos pacientes acometidos foi de 56,56 anos (13,26,28) abaixo do que foi encontrado em outros estudos (17,25) que foi de 70 anos. Os pacientes acometidos estavam em uma ampla faixa etária tendo sido a idade mínima de 11 anos e a máxima de 87 anos. Em alguns estudos a idade mínima foi mais elevada do que a nossa entre 31 e 41 anos (13,26,28).

Gráfico 5.31 - Quantidade de casos de AcP por década de vida (em número absoluto)

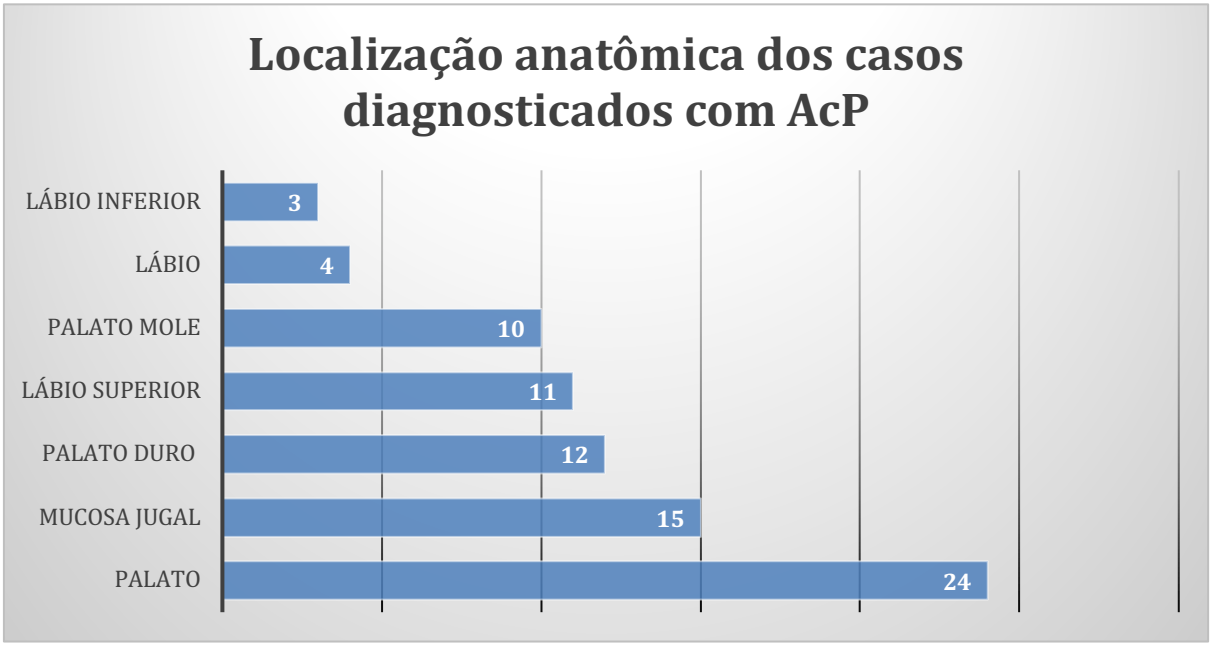


Fonte: a autora.

Das 29 fichas com informação quanto ao fumo e 22 quanto à bebida, a maioria dos pacientes não fumava (62%) nem bebia (81%)

A região mais afetada foi palato 52,27% (13,63% palato duro, 11,36% palato mole e 27,27% não especificado) (2,3,8,9,13,16,17,24–26). O gráfico 5.32 apresenta os locais mais acometidos.

Gráfico 5.32 - Quantidade de casos de AcP por localização anatômica (em número absoluto)



Fonte: a autora.

Dos 81 casos com hipóteses diagnósticas a maioria dos clínicos (77,8%) suspeitou trata -se de uma neoplasia de glândula salivar (16% maligna, 38,3% benigna, 9,9% ambas, 13,6% inespecífico) e metade deles realizou uma biópsia excisional. (25)

Dos 41 casos que tinham a informação de aspecto clínico, o mais comum foi nódulo (78%) e dos 45 que tinham informação de cor, 46% eram cor de mucosa normal. Dos 37 casos que apresentavam a informação, a maioria das lesões (81%) não apresentava aspecto radiográfico e das 62 fichas com essa informação, a maioria (75,8%) das lesões não tinha sintomatologia (1,22,29)

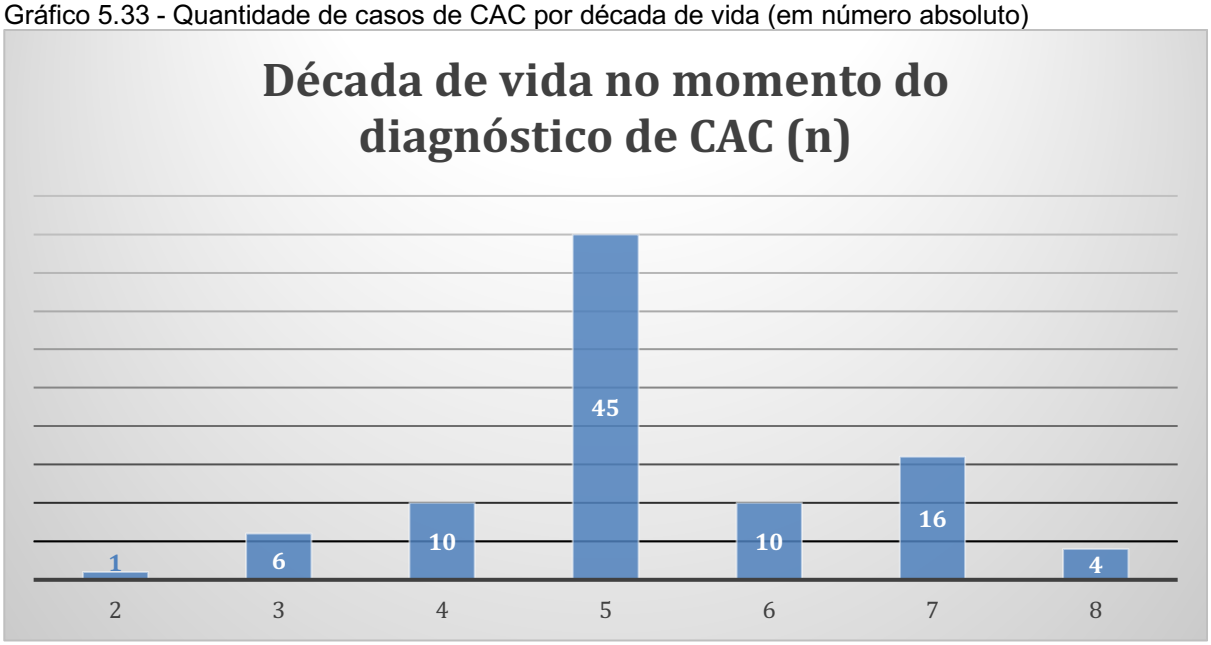
O tamanho médio das lesões era de 2,8 cm e a duração média foi de 28,85 meses, contrastando com o crescimento lento relatado na literatura. (1,22,29)

5.3.3 Carcinoma adenoide cístico

Dos 67 pacientes acometidos 71% foram do sexo feminino (13,16,17,25,26,28) e a faixa etária mais cometida foi a da 5ª década de vida (49%), (Gráfico 5.33) um

pouco antes do que o encontrado em outros estudos que foi a 6ª (13,16), e mais tarde do que a quarta década encontrada por outros autores (27). A idade média dos pacientes acometidos foi de 50,48 anos (13,17,28), mais cedo do que o encontrado na literatura que é entre 57 e 59,4 anos (13,17,25,26,28,29) tendo sido a idade mínima de 20 anos e a máxima de 78 anos (28). Na literatura (26) os autores não encontraram casos em pacientes tão jovens, tendo sido a idade mínima de seu estudo de 30 anos, porém a idade máxima de pacientes acometidos foi de 91 anos, enquanto outros (13) tiveram pacientes a partir de 12 anos.

Gráfico 5.33 - Quantidade de casos de CAC por década de vida (em número absoluto)

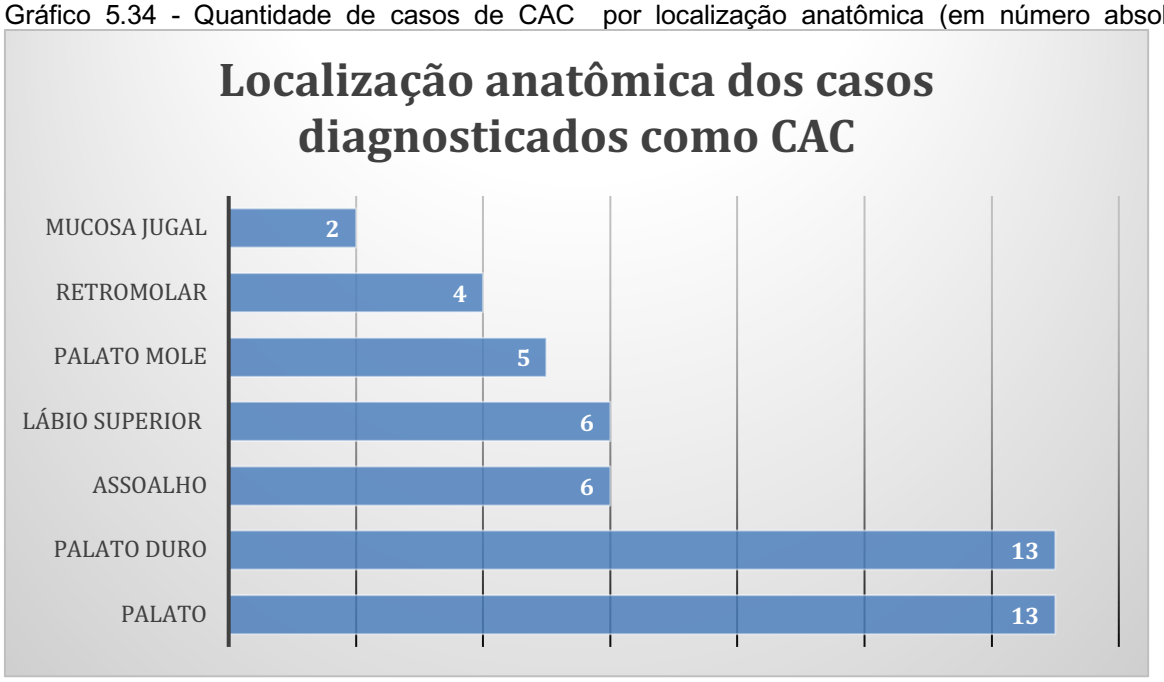


Fonte: a autora.

Das 27 fichas com informação quanto a tabagismo e 23 com informação de etilismo, a maioria dos pacientes não fumava (96,3%) nem bebia (86,9%).

A região mais afetada foi palato 46,2% - palato duro (19,4%), inespecífico (19,4%) e palato mole (7,4%)(2,3,27,31,8,9,13,16,17,24–26). O gráfico 5.34 apresenta os locais mais acometidos.

Gráfico 5.34 - Quantidade de casos de CAC por localização anatômica (em número absoluto)



Fonte: a autora.

Das 64 fichas com informação a maioria dos clínicos (67%) suspeitou se tratar de uma neoplasia de glândula salivar - maligna (23,4%), benigna (14%), ambas (14%), inespecífico (15,6%) – e das 56 fichas com informação, a maioria dos clínicos optou por realizar uma biópsia incisional (78,5%).(25)

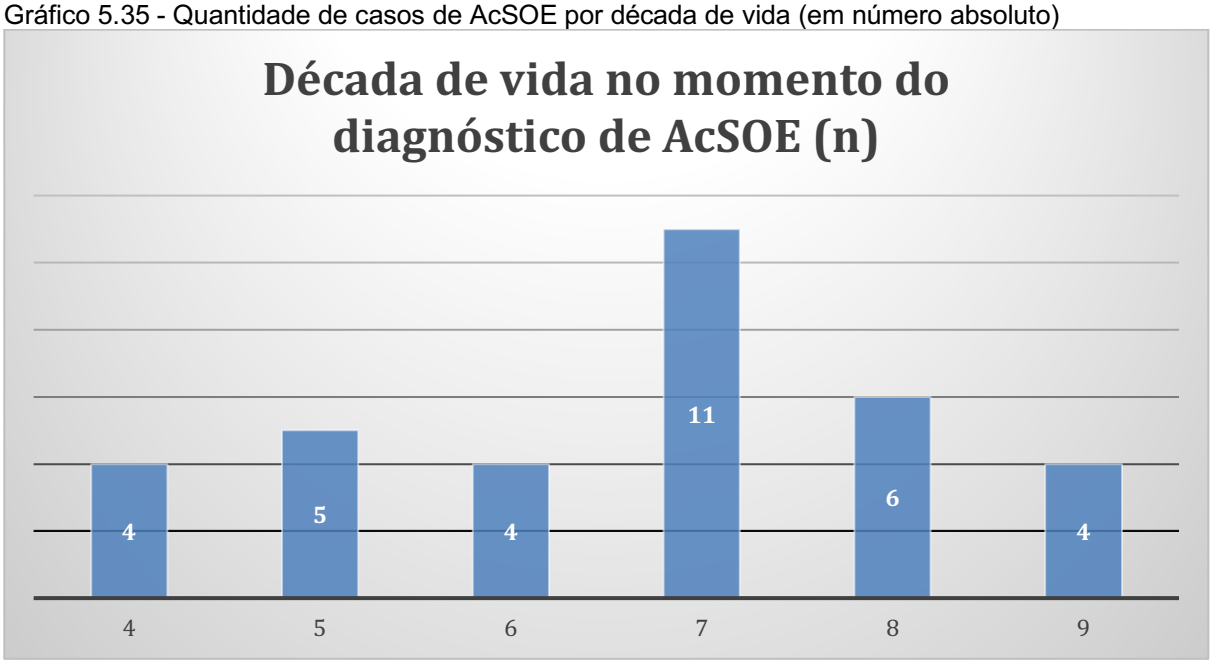
Das 38 fichas com informação de aspecto clínico e 34 com informação de coloração, o aspecto clínico e coloração mais comuns foram respectivamente: em 73,6% dos casos nódulo e em 52,9% cor de mucosa normal. Das 30 fichas com informação, a maioria das lesões (70%) não apresentava aspecto radiográfico e das 46 fichas com informação a maioria das lesões não tinha sintomatologia (58,7%), no entanto, a literatura fala que pode apresentar dor e parestesia (1,19,22,29)

Das 52 fichas com informação quanto ao tamanho e 51 quanto a duração, o tamanho médio das lesões era de 3,5 cm e a duração média foi de 11,62 meses, contradizendo o crescimento lento relatado na literatura. (1,19,22,29)

5.3.4 Adenocarcinoma SOE

Dos 35 casos acometidos, 50% dos pacientes eram do sexo feminino (17,28), enquanto em alguns estudos (13,16,25) foi masculino e em outro (28) não tem preferência por sexo. A faixa etária mais cometida foi a 7ª década de vida (32%) (16) (Gráfico 5.35) sendo que 49% dos pacientes estavam entre 7ª e 8ª década de vida, enquanto para outros autores (13) as décadas mais acometidas foram 5ª e 8ª, e em outro estudo (27) foi a 6ª . A idade média dos pacientes acometidos foi de 62,9 anos (13,17,25) um pouco a mais do que a relatada na literatura, entre 52 e 58 anos (13,16,27,28) e a idade mínima foi de 37 anos e a máxima de 90 anos. (13,28)

Gráfico 5.35 - Quantidade de casos de AcSOE por década de vida (em número absoluto)

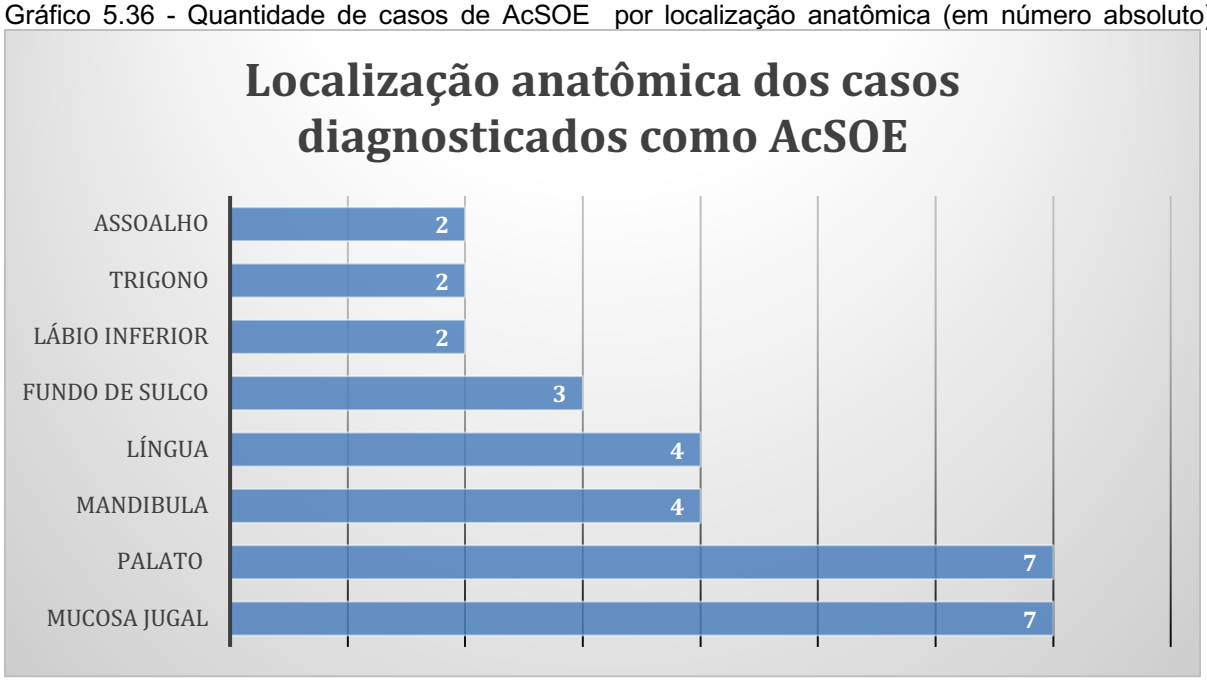


Fonte: a autora.

Das 13 fichas com informação sobre hábitos tabagistas, 76,9% não fumavam e das 11 fichas com informação quanto aos hábitos etilistas 81,8% não bebiam.

Os locais mais acometidos foram mucosa jugal e palato (20% cada) (22,29,31), grande parte da literatura corrobora com o palato sendo a localização mais comum, (2,3,8,16,17,25,26) enquanto autores (9,13) mostram que a região mais afetada foi a língua e a mucosa alveolar (27). O gráfico 5.36 apresenta os locais mais acometidos na nossa amostra

Gráfico 5.36 - Quantidade de casos de AcSOE por localização anatômica (em número absoluto)



Fonte: a autora.

Dos 27 casos que tinham hipótese diagnóstica, a maioria dos clínicos 70,4% suspeitou se tratar de uma neoplasia de glândula salivar (29,6% maligna, 14,8% benigna, 7,4% benigna e maligna, 18,5% inespecífica) e das 23 fichas com informação, a maioria (86,95%) dos clínicos optou por realizar uma biópsia incisional.(25)

Dos 13 casos que tinham aspecto clinico informado, 92,3% eram nódulos e dos 14 com cor informada, 50% eram de cor de mucosa normal. Das 12 fichas com informação, a maioria das lesões (83%) não apresentava aspecto radiográfico. Das 21 fichas com a informação, a maioria das lesões (76,2%) não tinha sintomatologia.

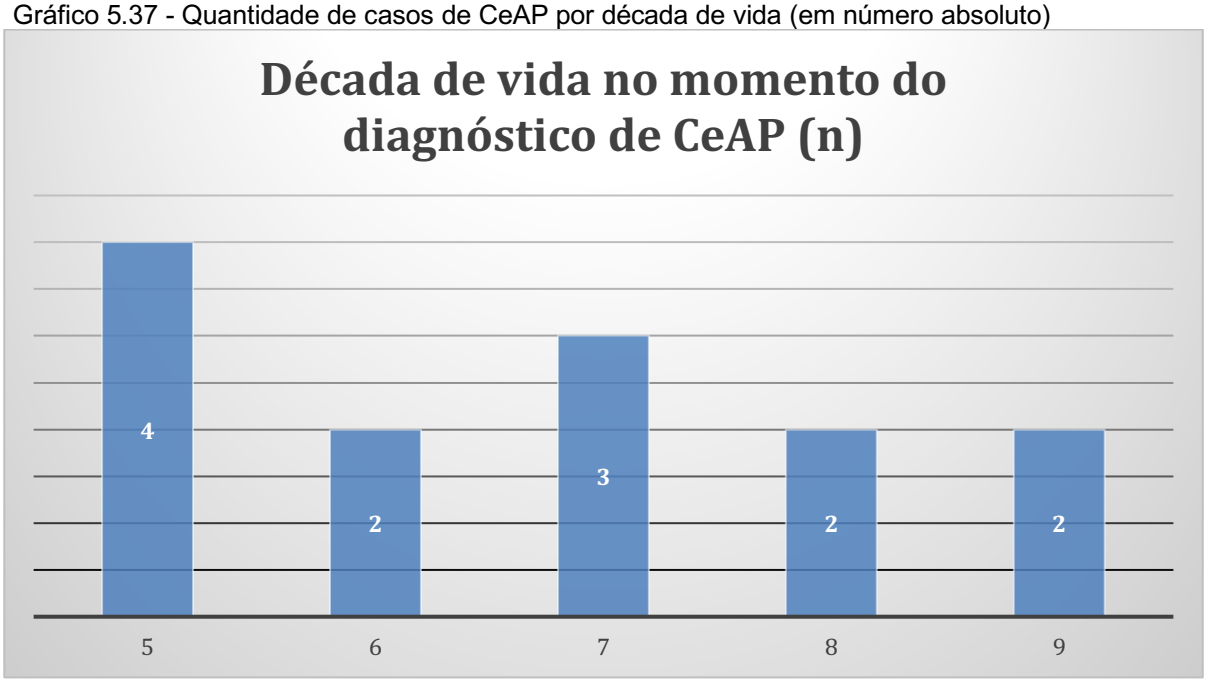
O tamanho médio das lesões era de 3,33 cm e a duração média foi de 21,67 meses, caracterizando um crescimento rápido

5.3.5 Carcinoma ex adenoma pleomórfico

Dos 14 pacientes acometidos 71% foram do sexo feminino (1,13,16,22,27–29), enquanto em um estudo os pacientes de ambos os sexos foram acometidos da mesma maneira (17) e em alguns (13,16) o mais acometido foi o masculino. A faixa

etária mais cometida foi a da 5ª década de vida, (Gráfico 5.37) antes do usualmente relatado na literatura, entre sexta e oitava década de vida (1,13,16,22,27–29) e foi mais frequente na 5ª e 7ª décadas de vida. (27) A idade média dos pacientes acometidos foi de 61,07 anos (13,28), sendo a mínima de 42 anos e a máxima de 84 anos (13), enquanto em outros estudos (17) a média de idade dos pacientes foi de 45 anos.

Gráfico 5.37 - Quantidade de casos de CeAP por década de vida (em número absoluto)



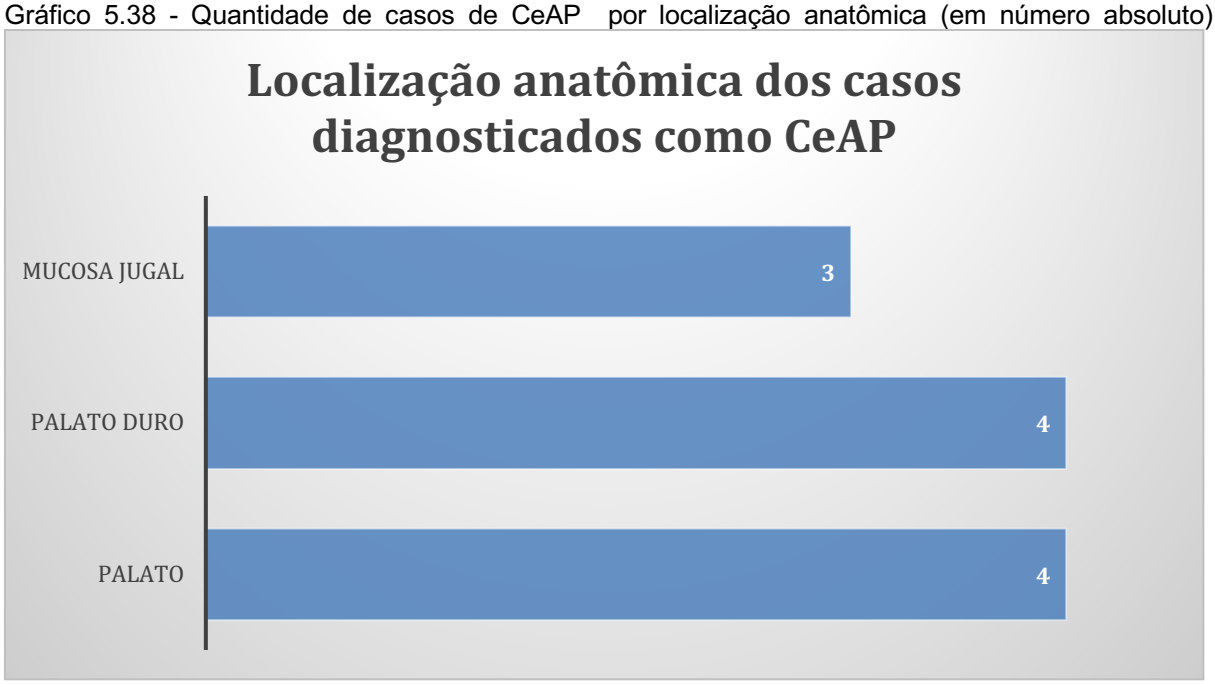
Fonte: a autora.

Das 10 fichas com informação sobre hábitos tabagistas e etilistas a maioria dos pacientes não fumava (80%) nem bebia (100%)

A região mais afetada foi palato 57,14% (palato duro e inespecífico 28,6%) (2,3,9,13,16,17,27). O gráfico 5.38 apresenta os locais mais acometidos.

Devido a pouca frequência dessa neoplasia nas glândulas menores, muitos estudos apresentam localizações diversas sem predominâncias: um caso em palato e um em lábio(8), um caso em mucosa jugal e um em lábio superior(31), um em lábio superior e um em rebordo alveolar (25) e um em palato e um em assoalho (26)

Gráfico 5.38 - Quantidade de casos de CeAP por localização anatômica (em número absoluto)



Fonte: a autora.

Das 13 fichas com informação a maioria dos clínicos (76,9%) suspeitou se tratar de uma neoplasia de glândula salivar: 61,5% benigna (Adenoma Pleomórfico) e 15,4% inespecífica. A maioria dos clínicos (84,6%) optou por realizar uma biópsia excisional.

Das 9 fichas com informação sobre aspecto clínico e coloração em mucosa o aspecto clínico e coloração mais comum foram nódulo (100%) e cor de mucosa normal (77,77%). Das 10 fichas com informação a maioria das lesões não apresentava aspecto radiográfico (80%) e das 11 com informação a maioria das lesões não tinha sintomatologia (90,9%).

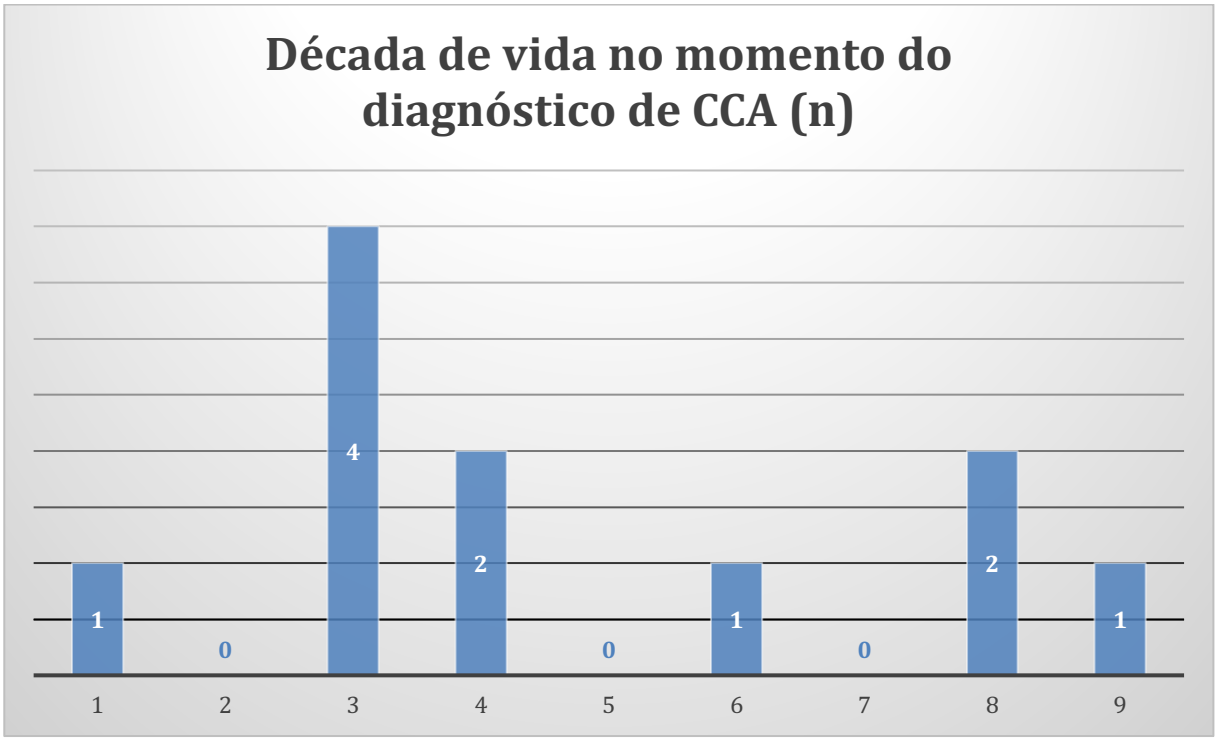
O tamanho médio das lesões era de 1,96 cm e a duração média foi de 42,4 meses.

Não encontramos nenhum paciente que houvesse sido previamente diagnosticado com AP neste serviço.

5.3.6 Carcinoma de células acinares

Dos 11 pacientes acometidos 63,6% foram do sexo feminino (13,16,17,25,28) e a faixa etária mais acometida foi a 3ª década de vida (36,4%), (Gráfico 5.39) em alguns estudos (13,16) foi a 6ª. A idade média dos pacientes acometidos foi de 42,6 anos (28) abaixo do relatado na literatura de 57 anos (13,17,25). A idade mínima encontrada no nosso estudo foi de 9 anos e máxima de 82 anos. Mais ampla do que de outros estudos que variaram entre 43-69(13) e 27-73 anos(28).

Gráfico 5.39 - Quantidade de casos de CCA por década de vida (em número absoluto)

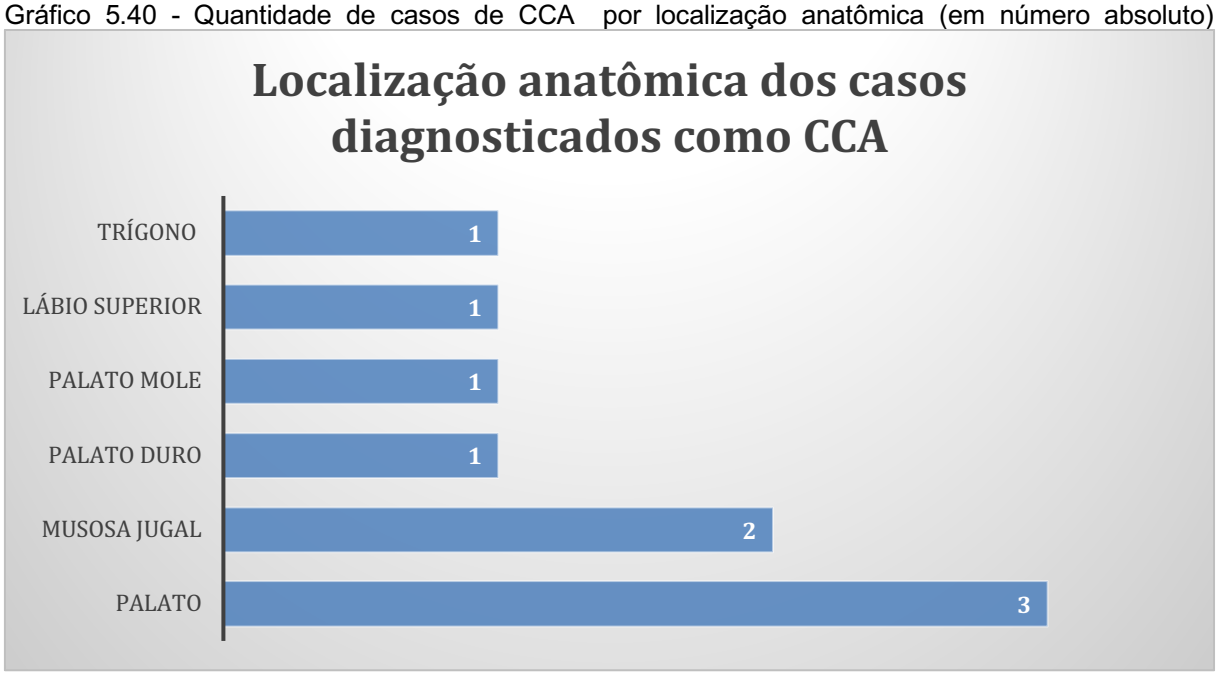


Fonte: a autora.

Apenas 3 fichas tinham informação quanto aos hábitos tabagistas e etilistas e a maioria dos pacientes 66,66% não fumava nem bebia

A região mais afetada foi palato 45,4% - inespecífico (27,2%) e 9% cada (palato duro e palato mole). (2,3,9,13,16,31) (Gráfico 5.40) Na literatura encontramos um caso em lábio e um em mucosa jugal (8), um caso em mucosa jugal, um em mucosa labial e um em rebordo alveolar (17), um em mucosa jugal (25) e um em mucosa jugal e retromolar (26).

Gráfico 5.40 - Quantidade de casos de CCA por localização anatômica (em número absoluto)



Fonte: a autora.

Das 10 fichas com informação a maioria dos clínicos (80%) suspeitou se tratar de uma neoplasia de glândula salivar (30% benigna, 20% maligna, 20% benigna e maligna e 10% indefinida) e a maioria dos clínicos optou por realizar uma biópsia excisional (60%) (25).

Das 3 fichas com aspecto clínico e 6 com cor, o aspecto clínico e coloração mais comum foram nódulo (100%) e vermelho (66,66%). Das 8 fichas com informação, nenhuma apresentava aspecto radiográfico e das10 fichas com informação, a maioria das lesões (80%) não tinha sintomatologia.

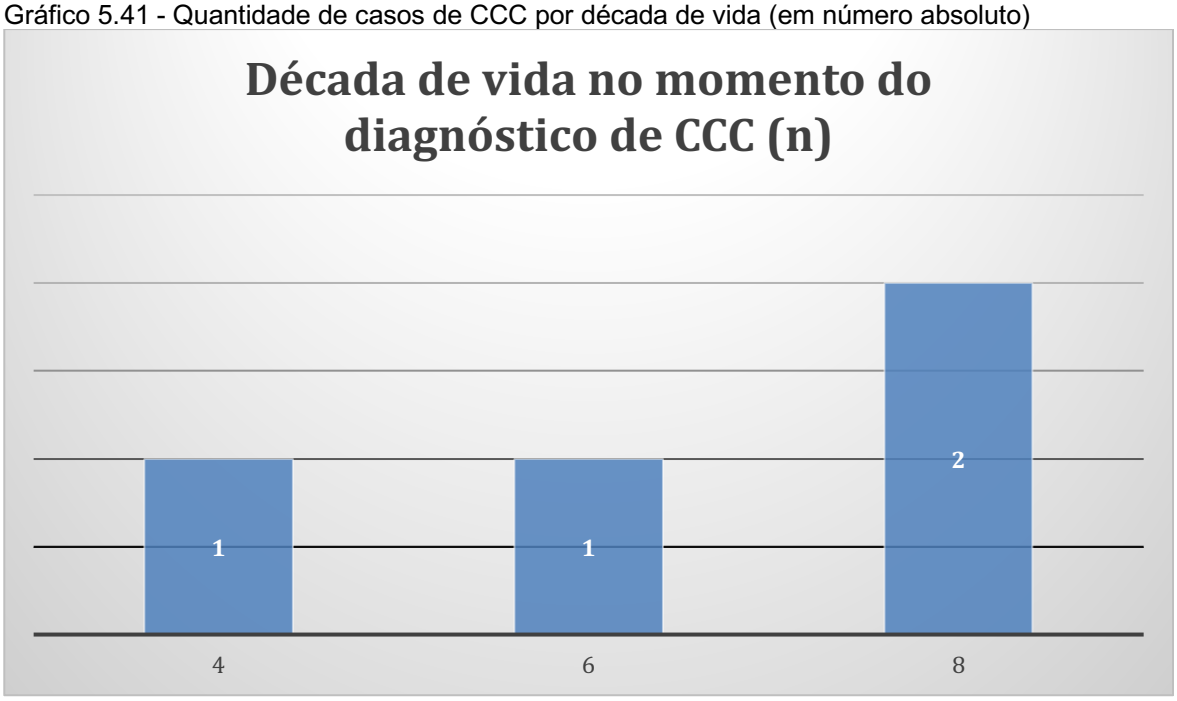
Das 10 fichas com informação sobre tamanho e 9 com informação de duração, o tamanho médio das lesões era de 1,48 cm e a duração média foi de 16,11 meses, caracterizando um crescimento discretamente rápido.

5.3.7 Carcinoma de células claras

Os 5 pacientes acometidos foram do sexo feminino. (1–3,29) enquanto em outro estudo (13) houve um acometimento igual de pacientes do sexo feminino e masculino. A faixa etária mais cometida foi a da 8ª década de vida, (50% dos

pacientes cuja idade estava informada na ficha), (Gráfico 5.41) mais tardiamente do que o encontrado na literatura, entre 5ª e 6ª (1–3,13,29) . A idade média dos pacientes acometidos foi de 59,25 anos, mais tardio do que o encontrado em outro estudo (13) que foi 47,63 anos; tendo sido a mínima de 34 anos e a máxima de 75 anos.

Gráfico 5.41 - Quantidade de casos de CCC por década de vida (em número absoluto)

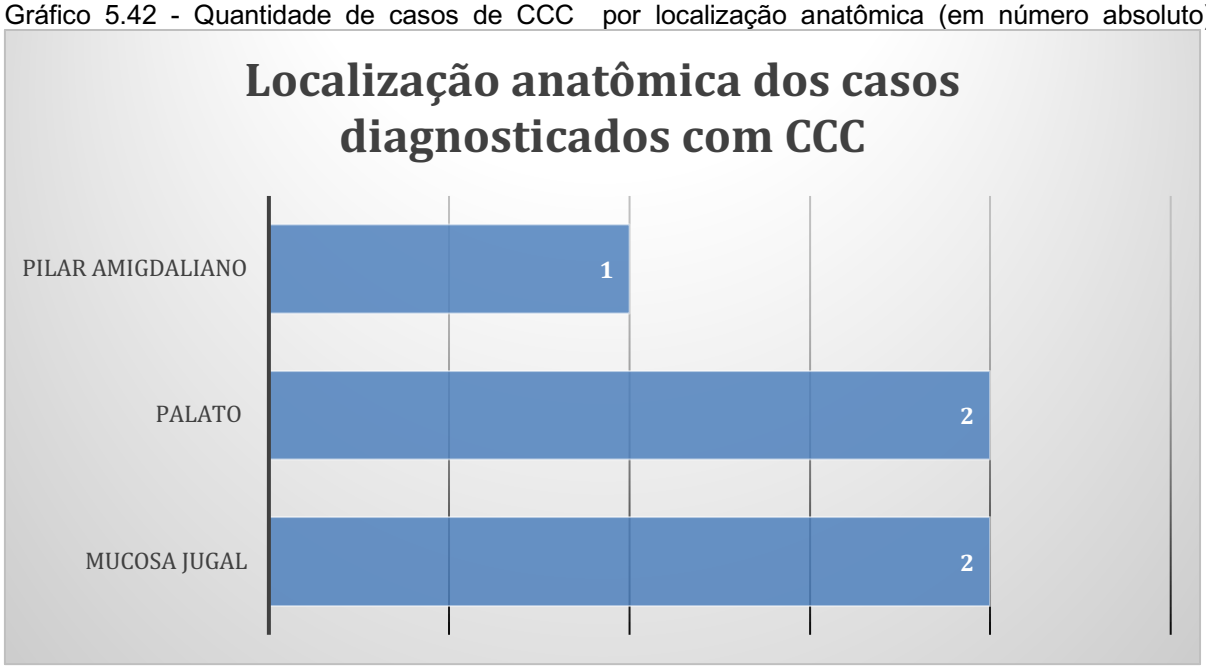


Fonte: a autora.

A maioria dos pacientes não fumava nem bebia 80% (1 caso sem informação)

As regiões mais afetadas foram palato e mucosa jugal (40% cada) (2,3,9,13). O gráfico 5.42 apresenta os locais mais acometidos.

Gráfico 5.42 - Quantidade de casos de CCC por localização anatômica (em número absoluto)



Fonte: a autora.

A maioria dos clínicos suspeitou se tratar de uma neoplasia de glândula salivar (60%) - 1 benigna, 1 maligna 1 a esclarecer - e optou por realizar uma biópsia excisional (60%).

Quanto ao aspecto clínico e coloração mais comum foram nódulo (80%), cor de mucosa normal (60%). A maioria das lesões não apresentava aspecto radiográfico 80% (1 caso sem informação) e a maioria das lesões não tinha sintomatologia (80%) (1 caso sem informação). Apesar da literatura relatar que ele pode apresentar dor ou ulceração. (1,29)

O tamanho médio das lesões era de 2,32 cm e a duração média foi de 14 meses, caracterizando um crescimento rápido.

5.3.8 Carcinoma mioepitelial

Os dois pacientes afetados foram do sexo masculino (100%)(16) outro estudo (13) mostra que a maioria foi do sexo feminino e a OMS (29) relata não haver predileção por sexo. A faixa etária mais acometida foi a 7ª década de vida, mais tarde

do que o relatado na literatura, entre 3ª e 6ª. (13,16,27) A idade média dos pacientes acometidos foi de 66 anos, sendo a mínima de 64 anos e a máxima de 68 anos.

A região mais afetada foi palato (100%) - 1 palato duro e 1 palato mole(2,3,9,13,16,26), enquanto que outro estudo (27) mostra um único caso em mucosa alveolar e em outro (25) o único caso foi em mucosa jugal.

Um clínico suspeitou de adenoma pleomórfico (biópsia excisional) e o outro de hiperplasia fibrosa inflamatória ou Carcinoma epidemoide (biópsia incisional).

Só uma ficha tinha informação quanto ao aspecto clínico, coloração em mucosa, aspecto radiográfico, hábito tabagista e tamanho e esse caso era um nódulo, cor de mucosa normal, sem aspecto radiográfico, o paciente não fumava, a lesão era assintomática e media 2 cm. A duração média foi de 45 meses

5.3.9 Adenocarcinoma de células basais

Os dois pacientes afetados foram do sexo feminino (100%)(17) enquanto outro estudo (28) mostra que a maioria foi do sexo masculino e a OMS (29) relata que não há predileção por sexo. Apenas 1 dos dois casos tem idade informada (73 anos), a literatura varia bastante quanto a idade de maior frequência dessa neoplasia, sendo que a OMS (29) relata uma maior ocorrência entre 6ª e 7ª décadas de vida (28), e em outro estudo (17) a média foi de 49 anos.

Não houve uma região mais afetada 1 caso foi em língua e 1 caso em lábio superior. Muitos estudos relatam que acomete mais palato. (2,17,26,31)

Nenhuma das fichas tinha informação quanto a hipótese diagnóstica, aspecto clínico, coloração em mucosa, aspecto radiográfico, hábitos tabagistas e etilistas, sintomatologia, tamanho ou duração.

A única ficha que tinha informação quanto ao tipo de biópsia realizada foi excisional.

5.3.10 Carcinossarcoma

O único caso é de um paciente de 71 anos, sexo masculino (22,29), em assoalho bucal. Em outra pesquisa (2) foram encontrados 2 casos em mucosa jugal. A suspeita do clínico foi de granuloma piogênico. A lesão era ulcerada, branca e vermelha. Não há informações quanto a aspecto radiográfico, hábitos tabagistas e etilistas. A lesão era sintomática, tinha 1,2 cm e duração de 1,5 mês, corroborando com o crescimento rápido relatado na literatura (29) A biópsia foi excisional.

5.3.11 Carcinoma epitelial mioepitelial

O único caso é de uma paciente do sexo feminino de 50 anos em palato duro. A hipótese do clínico foi de neoplasia de glândula. A lesão era um nódulo vermelho. A paciente não fumava nem bebia. A lesão era assintomática e tinha duração de 60 meses. Esses dados corroboram com o que é relatado na literatura por ser mais frequente em mulheres, assintomático e de crescimento lento, no entanto a paciente é mais jovem do que o usual (entre 6ª e 8ª década de vida) (1,19,29). Quanto a localização muitos estudos relatam o palato como a região mais frequente. (2,3,8,9,16,25)

5.3.12 Carcinoma intraductal

O único caso foi de um paciente do sexo masculino, 58 anos, em mucosa de lábio inferior. A lesão era um nódulo cor de mucosa normal, a hipótese clínica foi de mucocele e a biópsia foi excisonal. O paciente não fumava, mas bebia. A lesão era assintomática, tinha 1 cm e 4 meses de duração. A OMS (29) relata que devido a raridade da lesão não há dados epidemiológicos suficientes para a caracterização de um perfil.

5.3.13 Carcinoma linfoepitelial

O único caso foi de uma paciente do sexo feminino de 65 anos, em mucosa jugal, essa lesão costuma ser mais frequente em palato. (2,3,9) O clínico suspeitou de fibroma ou patologia de glândula salivar menor. A lesão era assintomática, tinha 6 cm e duração de 36 meses, foi realizada uma biópsia excisional. O CL costuma acometer igualmente pacientes de ambos os sexos por volta da sexta década de vida(29)

5.3.14 Carcinoma secretório

O único caso foi de uma paciente do sexo feminino, de 27 anos, a literatura (29) relata que o CS é mais comum em adultos por volta dos 46,5 anos. A lesão era um nódulo, vermelho em palato duro. O clínico suspeitou de um adenoma de glândula salivar menor e optou por uma biópsia excisional. A paciente não fumava nem bebia. A lesão era assintomática,(29) media 0,8 cm e tinha 6 meses de duração, contrastando com o crescimento lento relatado na literatura.(29)

Essa lesão pode acometer pacientes de todas as idades, não possui predileção por sexo. (29)

No quadro 5.2 podemos observar de maneira comparativa as principais características dos diagnósticos malignos presentes nessa amostra

Quadro 5.2 - Informações predominantes de cada diagnóstico da amostra de NGSMIO maligna

Diagnostico	Sexo	Idade média (anos)	Tabagismo	Etilismo	Região	Aspecto clínico	Coloração	Sintomatologia	Tamanho médio (cm)	Duração média (meses)	Cm/ano
CME	Feminino	41,46	Não	Não	Palato	Nódulo	Cor de mucosa	Assintomática	2,23	27,9	0,9591
AcP	Feminino	56,56	Não	Não	Palato	Nódulo	Cor de mucosa	Assintomática	2,8	28,85	1,1646
CAC	Feminino	50,48	Não	Não	Palato	Nódulo	Cor de mucosa	Assintomática	3,5	11,62	3,6145
AcSOE	F/M	62,9	Não	Não	Mucosa jugal e Palato	Nódulo	Cor de mucosa	Assintomática	3,33	21,67	1,844
CeAP	Feminino	61,07	Não	Não	Palato	Nódulo	Cor de mucosa	Assintomática	1,96	42,4	0,5547
CCA	Feminino	42,6	Não	Não	Palato	Nódulo	Vermelho	Assintomática	1,48	16,11	1,1024
CCC	Feminino	59,25	Não	Não	Palato e Mucosa jugal	Nódulo	Cor de mucosa	Assintomática	2,32	14	1,9886
CM	Masculino	66	NI	NI	Palato	Nódulo	Cor de mucosa	Assintomática	2	45	0,5333
AcCB	Feminino	73	NI	NI	Língua e Lábio superior	NI	NI	NI	NI	NI	
Css	Masculino	71	NI	NI	Assoalho	Úlcera	Branco/vermelha	Sintomática	1,2	1,5	9,6
CEM	Feminino	50	Não	Não	Palato	Nódulo	Vermelho	Assintomática	NI	60	
Cid	Masculino	58	Não	Sim	Lábio inferior	Nódulo	Cor de mucosa	Assintomática	1	4	3
CL	Feminino	65	NI	NI	Mucosa jugal	NI	NI	Assintomática	6	36	2
CS	Feminino	27	Não	Não	Palato	Nódulo	Vermelho	Assintomática	0,8	6	1,6

Fonte: a autora.

Apenas o CM, Css e CId acometeram somente pacientes do sexo masculino e o AcSOE acometeu pacientes do sexo masculino e feminino de maneira semelhante, as outras neoplasias foram predominantemente diagnosticadas em pacientes do sexo feminino. O CS foi o diagnóstico que apresentou menor idade (27 anos), seguido do CME e CCA com pacientes na média na quinta década de vida, enquanto os pacientes acometidos mais tardiamente foram os diagnosticados com AcCB e o Css que estavam na 8ª década.

O único diagnóstico em que único paciente acometido era etilista foi o CId. No entanto, como só um paciente foi diagnosticado com essa lesão no período essa relação não pode ser confirmada.

Quanto a região, os casos de CME, AcP, CAC, CeAP, CCA, CM, CEM e CS foram mais comuns em palato, enquanto AcSOE e CCC foram mais comuns em mucosa jugal e palato, AcCB em língua e lábio superior, Css em assoalho, Cid em lábio inferior e CL em mucosa jugal.

De maneira geral, todas as lesões se apresentaram como um nódulo com cor de mucosa normal, exceto o CEM e o CCA que foram descritos predominantemente como vermelho e o Css descrito como uma úlcera branca e vermelha.

Utilizando-se o referencial de velocidade de crescimento de 1 cm por ano, somente CeAP, CM, CME, tiveram crescimento lento e as que tiveram o crescimento mais rápido foram: Css e o CId.

5.4 QUANTO AOS DADOS DAS FICHAS

5.4.1 Idade

Apenas 48 fichas não apresentavam a idade dos pacientes.

Na primeira década de vida tiveram 06 casos de neoplasia de glândula salivar: 02 benignas (01 AP e 01 Mep) e 04 malignas (03 CME e 01 CCA) (Gráficos 5.43 e 5.44). Esse resultado corrobora com a literatura quanto a pouca frequência das neoplasias de glândulas salivares em pacientes pediátricos (13,16,27). Nossos dados vão de encontro com a literatura, visto que esta relata que as neoplasia benignas são mais frequentes ou iguais às malignas nesta faixa etária (13,16,27) enquanto neste trabalho foi encontrado o dobro de neoplasias malignas nesses pacientes.

Na segunda década de vida tiveram 36 casos de neoplasia de glândula salivar: 24 benignas (19 AP, 3 Mep, 1 Ca, 1 SP) e 12 malignas (10 CME, 1 AcP, 1 CAC). (Gráficos 5.43 e 5.44) Assim como o encontrado na literatura, nesta faixa etária são diagnosticado mais neoplasias benignas do que malignas (13,16) Apenas um estudo (27) mostrou que houve o mesmo numero de casos de neoplasias benignas e malignas.

Na terceira década de vida tiveram 86 casos de neoplasia de glândula salivar: 50 benignas (43 AP, 4 Mep, 2 ACB, 1 Ca) e 36 malignas (22 CME, 6 CACs, 4 CCA, 3 AcP e 1 CS) (Gráficos 5.43 e 5.44). Nossos dados corroboram com os encontrados na literatura quanto ao maior número de casos benignos nessa faixa etária. (13,16,27)

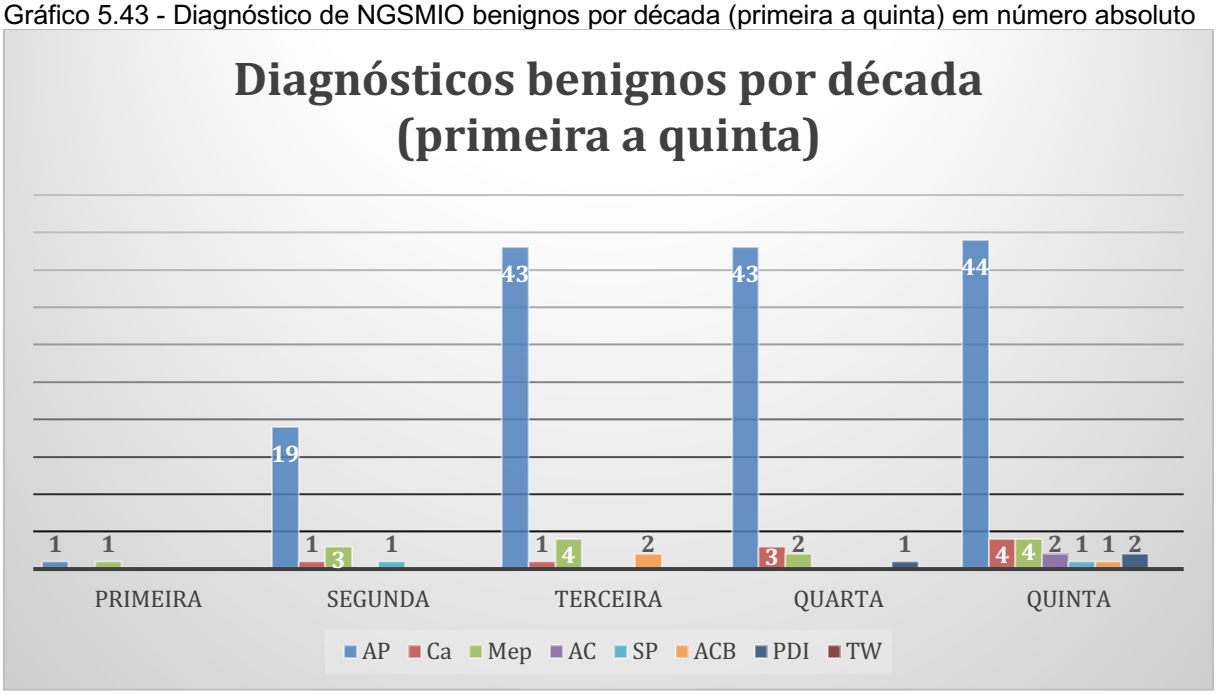
Na quarta década de vida tiveram 100 casos de neoplasia de glândula salivar: 49 benignas (43 AP, 3 Ca, 2 Mep, 1 PDI) e 51 malignas (25 CME, 10 CAC, 9 AcP, 4 AcSOE, 2 CCA,1 CCC) (Gráficos 5.43 e 5.44) .Pudemos observar uma quantidade de NGSMIO benignas e malignas muito semelhante, enquanto na literatura encontra-se mais benignos (13,16) ou malignos (27).

Na quinta década de vida tiveram 114 casos de neoplasia de glândula salivar: 58 benignas (44 AP, 4 Mep, 4 Ca, 2 AC, 2 PDI, 1 ACB, 1 SP) e 56 malignas (20 CME, 17 CAC, 9 AcP, 5 AcSOE, 4 CeAP,1 CEM) (Gráficos 5.43 e 5.44). Novamente

encontramos uma quantidade de NGSMIO semelhante entre benignas e malignas (16); enquanto na literatura há relatos de mais benignos (13) e mais malignos (27).

Nos gráficos abaixo é possível observar os diagnósticos por década, da primeira a quinta, benignos (gráfico 5.43) e malignos (gráfico 5.44).

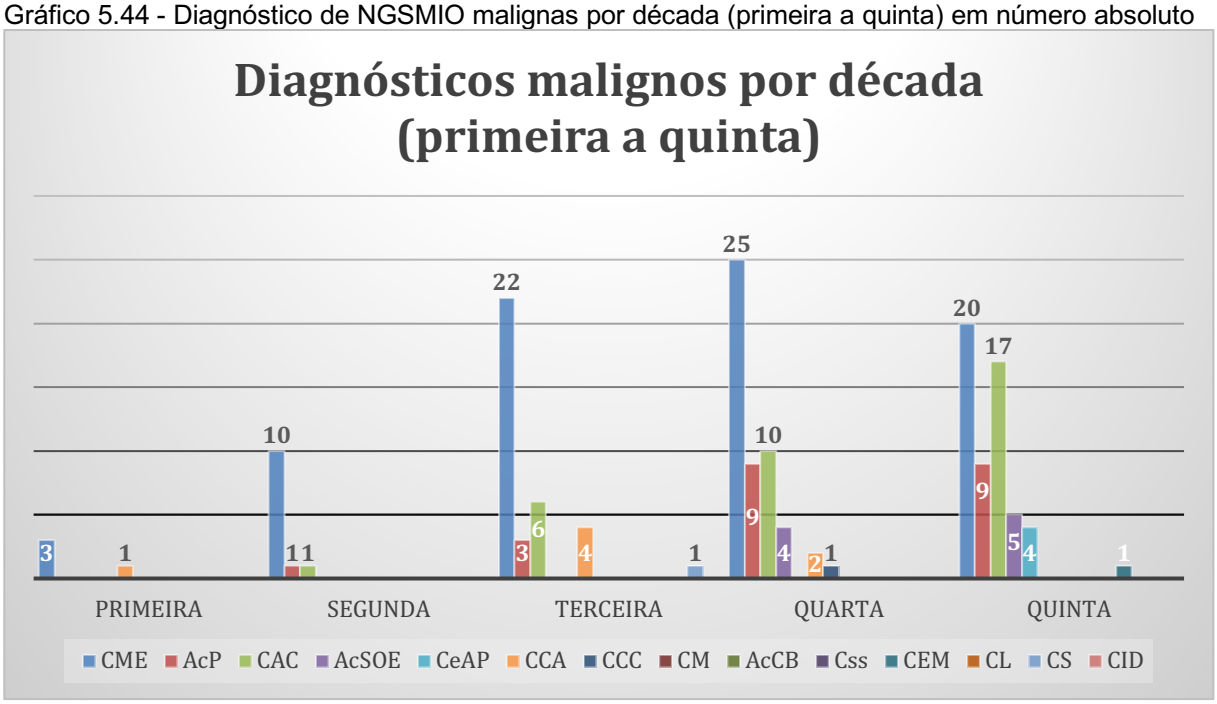
Gráfico 5.43 - Diagnóstico de NGSMIO benignos por década (primeira a quinta) em número absoluto



Fonte: a autora.

Podemos observar que da segunda a quinta década de vida o AP é a neoplasia benigna mais frequente enquanto na primeira década de vida houve o mesmo número de casos AP e Mep, que foi a segunda neoplasia mais frequente na segunda, terceira e quinta décadas, sendo que na quinta houve o mesmo número de casos de Mep e de Ca. Já na 4ª década de vida a segunda neoplasia mais frequente foi o Ca.

Gráfico 5.44 - Diagnóstico de NGSMIO malignas por década (primeira a quinta) em número absoluto



Fonte: a autora.

Já dentre as NGSMIO malignas o CME foi o mais frequente em todas as décadas de vida (de primeira a quinta) tendo na primeira década uma diferença menos expressiva para o CCA e na quinta para o CAC.

Na sexta década de vida tiveram 114 casos de neoplasia de glândula salivar: 55 benignas (33 AP, 11 Ca, 5 AC, 4 SP, 1 PDI, 1 TW) e 59 malignas (30 AcP, 10 CAC, 10 CME, 4 AcSOE, 2 CeAP, 1 CCC, 1 CCA, 1 CId) (Gráficos 5.45 e 5.46). Nosso resultados discordam da literatura que relata que nessa faixa etária é mais frequente neoplasias malignas, (13,16,27) enquanto nossos números foram muito próximos.

Na sétima década de vida tiveram 108 casos de neoplasia de glândula salivar: 49 benignas (29 AP, 10 Ca, 3 AC, 3 SP, 2 Mep, 1 ACB, 1 TW) e 59 malignas (16 CAC, 14 AcP, 12 CME, 11 Ac SOE, 3 CeAP, 2 CM, 1 CL) caracterizando um maior número de neoplasias malignas nessa faixa etária (16) (Gráficos 5.45 e 5.46). Alguns estudos apontam um número muito próximo de NGSMIO benignas e malignas nessa faixa etária. (13,27)

Na oitava década de vida tiveram 57 casos de neoplasia de glândula salivar: 23 benignas (13 AP, 4 Ca, 3 AC, 2 TW, 1 Mep) e 34 malignas (10 AcP, 6 AcSOE, 5 CME, 4 CAC, 3 CeAP, 2 CCC, 2 CCA, 1 ACB, 1 Css). Podemos notar um maior número de neoplasias malignas (16) (Gráficos 5.45 e 5.46). enquanto alguns estudos

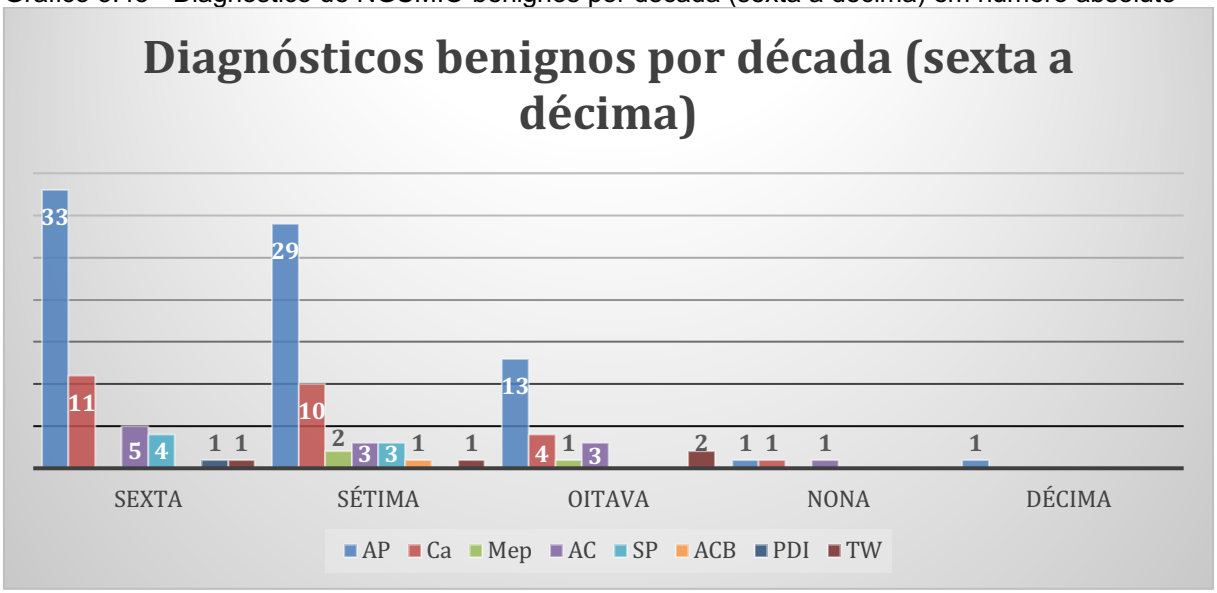
apontam que nessa faixa etária as NGSMIO benignas são mais frequentes que as malignas. (13,27)

Na nona década de vida tiveram 17 casos de neoplasia de glândula salivar: 3 benignas (1 AC,1 AP, 1 Ca) e 14 malignas (5 AcP, 4 AcSOE, 3 CME 1 CCA, 1 CeAP) (Gráficos 5.45 e 5.46). Esses resultados corroboram com a literatura quanto a maior frequência de neoplasias malignas nessa faixa etária. (13,27)

Na décima década de vida teve um único caso de neoplasia de glândula salivar benigna AP. (Gráficos 5.45 e 5.46)

Nestes gráficos observa-se os diagnósticos benignos (gráfico 5.45) e malignos (gráfico 5.46) por década, da sexta a décima.

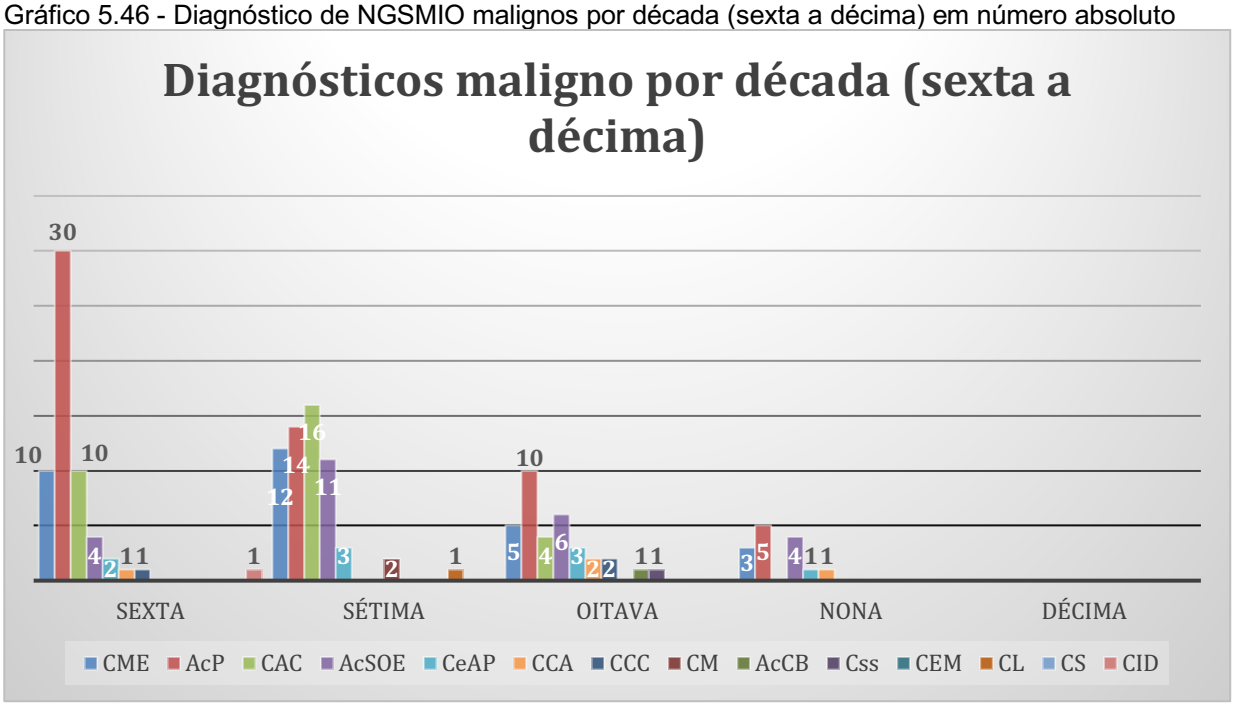
Gráfico 5.45 - Diagnóstico de NGSMIO benignos por década (sexta a décima) em número absoluto



Fonte: a autora.

Assim como o observado entre a primeira e a quinta década de vida o adenoma pleomórfico é a neoplasias benigna mais frequente em todas as décadas, exceto na nona década de vida na qual há um caso de cada diagnóstico (AP, Ca e AC). No entanto, enquanto nas cinco primeiras décadas de vida a segunda neoplasia mais frequente foi o Mep, entre a sexta e a oitava foi o Ca.

Gráfico 5.46 - Diagnóstico de NGSMIO malignos por década (sexta a décima) em número absoluto

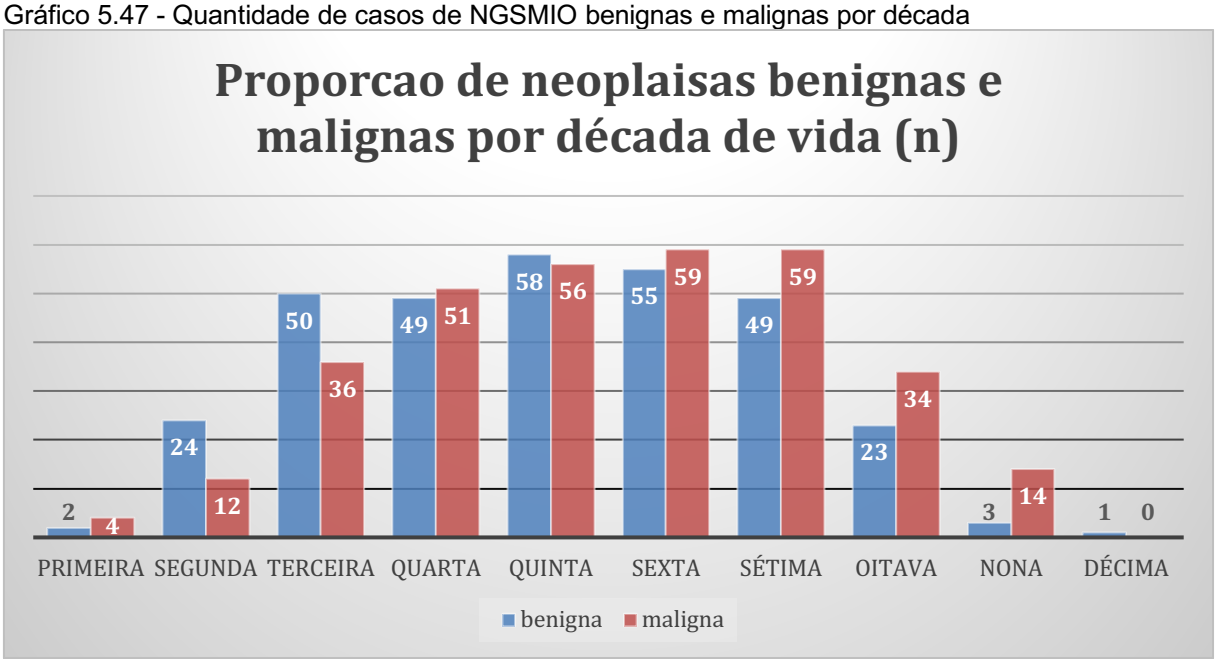


Fonte: a autora.

Nota-se que entre a sexta e a nona década de vida, o CME não é mais a neoplasias maligna mais frequente, sendo que na sexta década esta é o AcP, assim como na oitava; enquanto na sétima e na nona há números próximos de mais de uma neoplasia, sendo na sétima década de vida o CAC e o AcP e na nona o AcP e o AcSOE.

No gráfico 5.47 nota-se o número de casos benignos e malignos por década e no quadro 5.3 a razão entre neoplasias benignas e malignas dividida por década.

Gráfico 5.47 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por década



Fonte: a autora.

Quadro 5.3 - Relação NGSMIO benignas :malignas por década

Década de vida	Benigna	Maligna	B:M
Primeira	2	4	1:2
Segunda	24	12	1:0,5
Terceira	50	36	1:0,72
Quarta	49	51	1:1,04
Quinta	58	56	1:0,96
Sexta	55	59	1:1,07
Sétima	49	59	1:1,2
Oitava	23	34	1:1,5
Nona	3	14	1:4,6
Décima	1	0	1:0

Fonte: a autora.

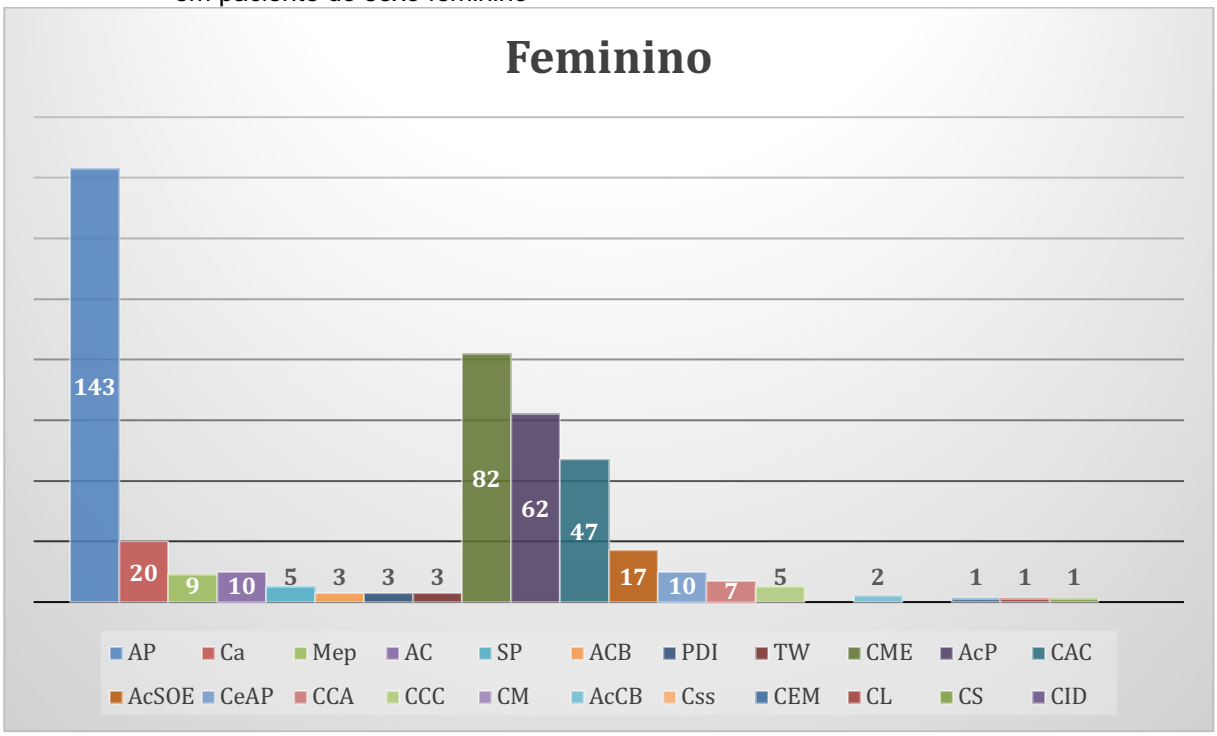
Com base nesses dados, podemos notar que entre a quarta e a sexta década não é possível notar uma maior frequência entre neoplasias benignas e malignas, no entanto, na primeira, sétima, oitava e nona décadas nota-se um maior acometimento por neoplasias malignas enquanto na segunda, terceira e décima há uma predominância das neoplasias benignas.

5.4.2 Sexo

Apenas 4 fichas não tinham informação quanto ao sexo do paciente, nem nome, o que ocorre quando o caso é uma lâmina para consulta.

Os pacientes do sexo feminino tiveram 431 casos de neoplasia de glândula salivar: 196 benignas (143 AP, 20 Ca, 10 AC, 9 Mep, 5 SP, 3 PDI, 3 ACB e 3 TW) e 235 malignas (82 CME, 62 AcP, 47 CAC, 17 AcSOE, 10 CeAP, 7 CCA, 5 CCC, 2 AcCB, 1 CEM, 1 CS, 1 CL) (Gráfico 5.48). Podemos observar que os pacientes do sexo feminino apresentaram mais neoplasias malignas que benignas, no entanto na literatura encontramos que essas pacientes são mais acometidas por neoplasias benignas (13,27) ou de maneira semelhante por neoplasias benignas e malignas. (16)

Gráfico 5.48 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas em paciente do sexo feminino

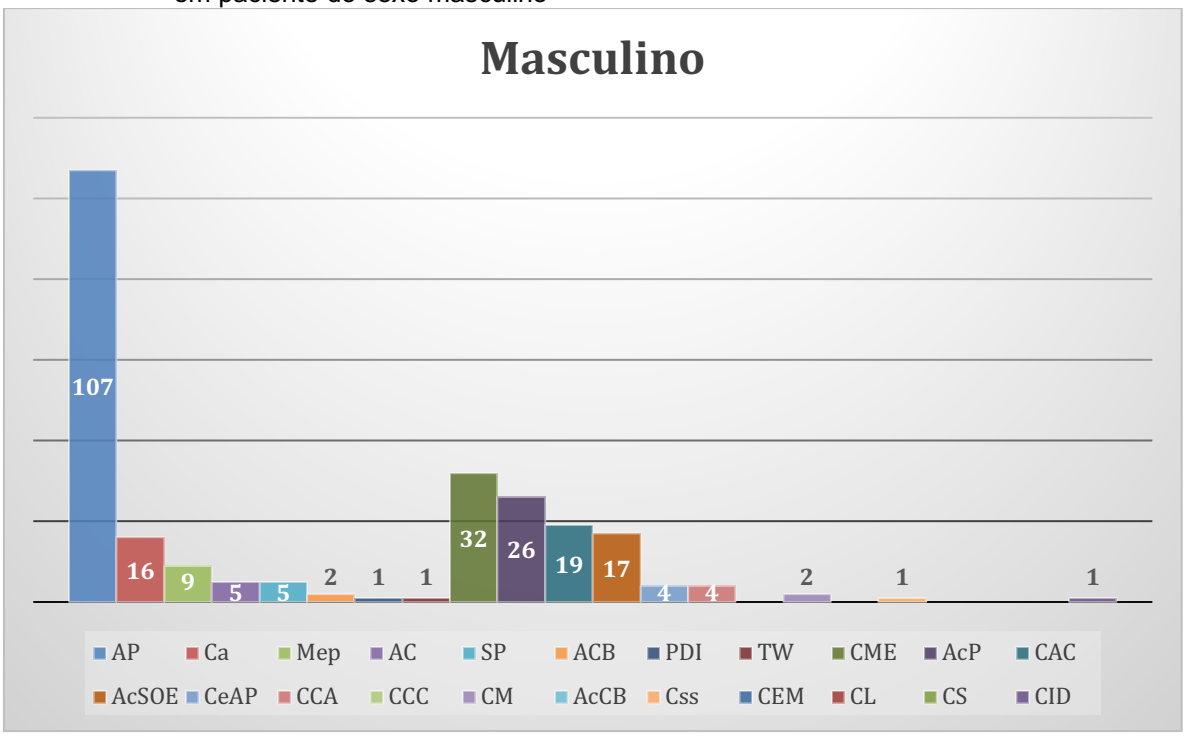


Fonte: a autora.

Os pacientes do sexo masculino tiveram 252 casos de neoplasia de glândula salivar: 146 benignas (107 AP, 16 Ca, 9 Mep, 5 AC, 5 SP, 2 ACB, 1 PDI, 1 TW) e 106 malignas (32 CME, 26 AcP, 19 CAC, 17 AcSOE, 4 CCA, 4 CeAP, 2 CM, 1 CI, 1 Css). (Gráfico 5.49) Nota-se que os pacientes do sexo masculino foram mais propensos a

neoplasias benignas do que malignas, (13) no entanto a literatura relata uma maior propensão à neoplasias malignas (16,27)

Gráfico 5.49 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas em paciente do sexo masculino



Fonte: a autora.

No quadro 5.4 pode-se observar a razão entre neoplasias benignas e malignas dividida por sexo.

Quadro 5.4 - Relação NGSMIO benignas:malignas por década

Sexo	Benignas	Malignas	B:M
Feminino	196	235	1:1,2
Masculino	146	106	1:0,7

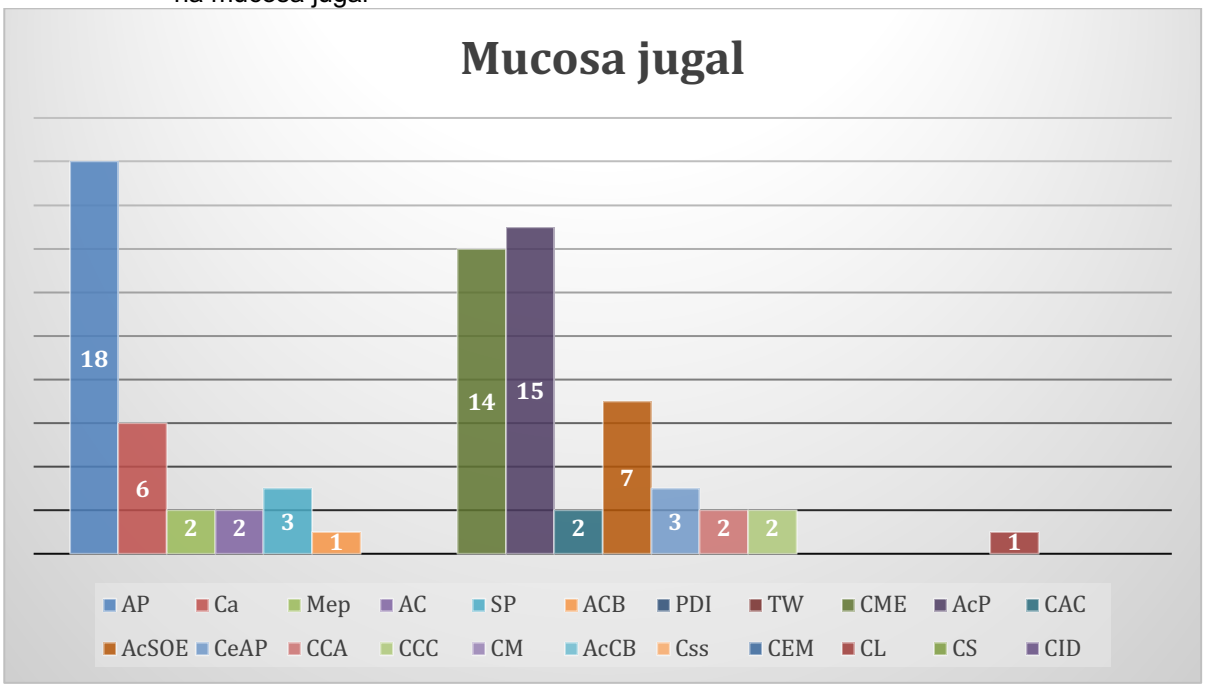
Fonte: a autora.

Com esses dados podemos observar que as pacientes do sexo feminino apresentam mais neoplasias de glândula salivares, tanto benignas quanto malignas, em comparação com os pacientes do sexo masculino. Além disso nota-se que estas pacientes apresentam uma tendência a apresentarem neoplasias malignas, enquanto os pacientes do sexo masculino apresentam uma tendência inversa.

5.4.3 Região da lesão

Das 78 lesões que acometeram a mucosa jugal foram 32 benignas (18 AP, 6 Ca, 3 SP, 2 AC, 2 Mep, 1 ACB) e 46 malignas (15 AcP, 14 CME, 7 AcSOE, 2 CCC, 2 CAC, 2 CCC, 3 CeAP, 1 CL) (Gráfico 5.50). Podemos observar que a mucosa jugal apresenta mais casos de neoplasias malignas do que benignas (B:M 1:1,144). No entanto, a literatura apresenta dados bastante diversos quanto a relação benigna:maligna (B:M) nessa localização: 0,46:1(2), 0,62:1(3), 0,67:1(16), 0,7:1(8,20), 1:1 (15), 1,3:1(13) 1,39:1(25)1,4:1(9), 1,45:1(17) 1,5:1(31) 1,7:1(26) 2,4:1 (28). Em um estudo (33) não teve caso benigno na mucosa jugal.

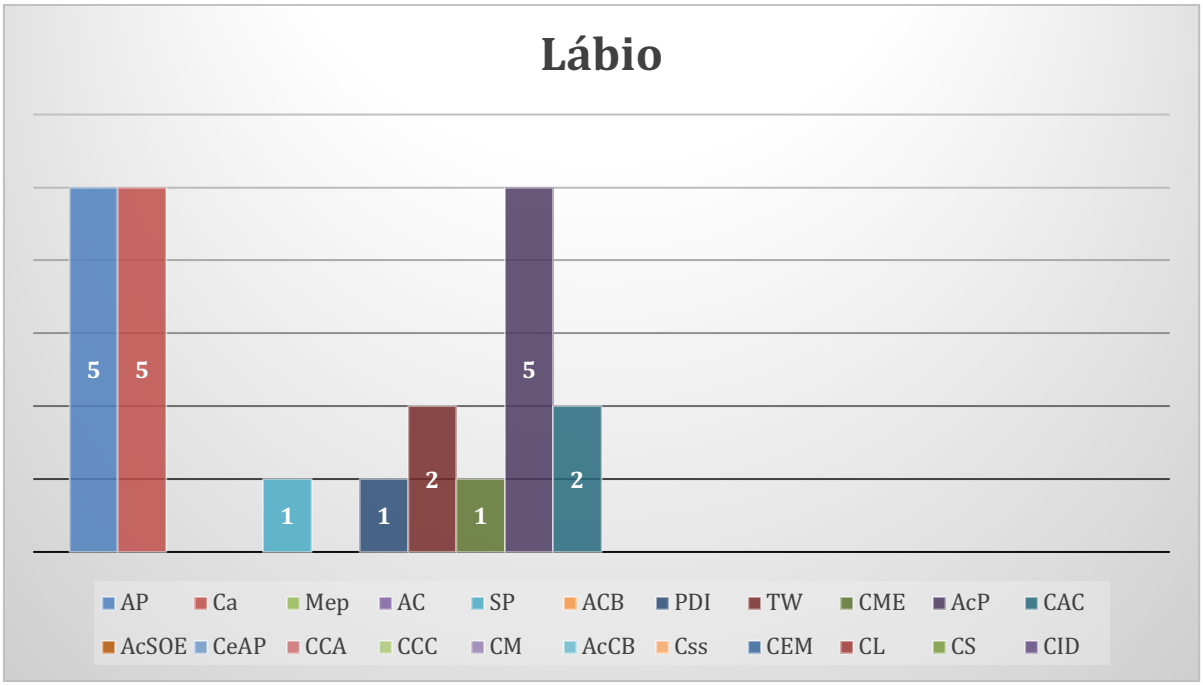
Gráfico 5.50 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas na mucosa jugal



Fonte: a autora.

Das 22 lesões que acometeram o lábio não especificado foram 14 benignas (5 AP, 5 Ca, 2 TW, 1 PDI, 1 SP) e 8 malignas (5 AcP, 2 CAC, 1 CME). (gráfico 5.51) Nota-se que há uma maior tendência a diagnóstico benignos nessa região (B:M 1:0,6), corroborando com o encontrado na literatura, ainda que em maior ou menor grau: B:M 1,0205:1(2), 1,8:1(15), 2,4:1(20), 2,53:1 (3) 3,75:1(8). Apenas um estudo encontrou uma relação de 1:1(9).

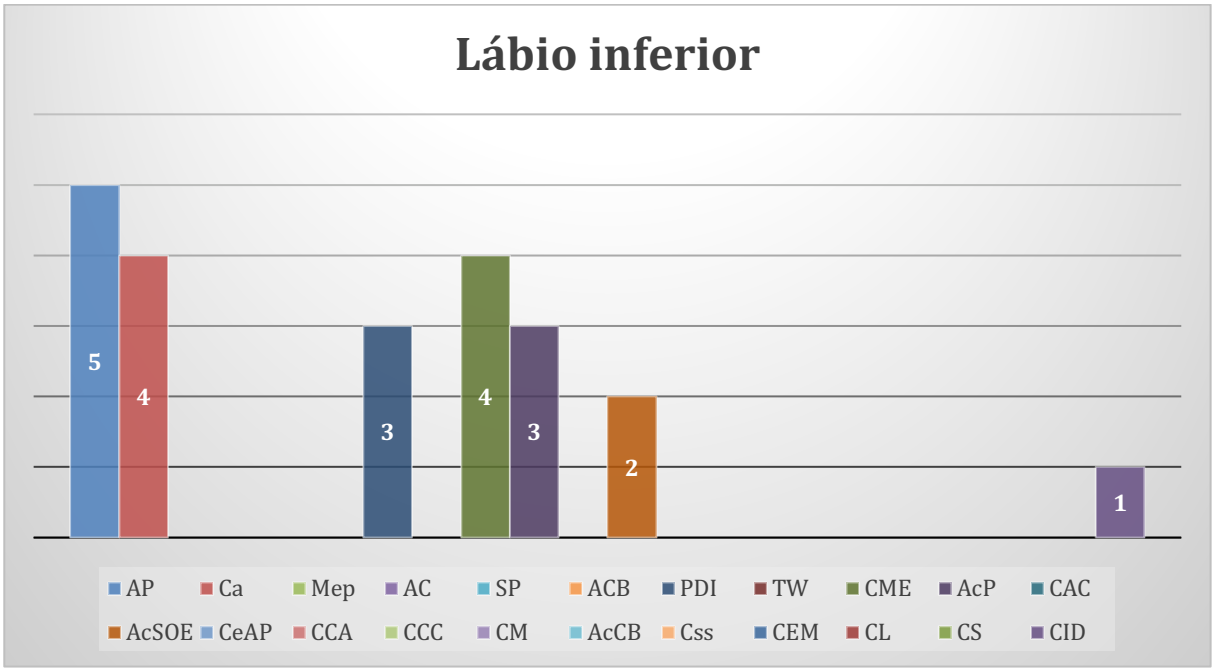
Gráfico 5.51 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas no lábio



Fonte: a autora.

Das 22 lesões que acometeram a lábio inferior foram 12 benignas (5 AP, 4 Ca, 3 PDI) e 10 malignas (4 CME, 3 AcP, 2 AcSOE, 1 CI) Nota-se que o lábio inferior foi acometido igualmente por neoplasias benignas e malignas (B:M 1:0,83) (26) apesar da literatura apresentar uma relação B:M bastante diversa: 0,5:1(16), 1,33:1(28), 2,45:1(25). Em outro estudo (33) não teve casos benignos.

Gráfico 5.52 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas no lábio inferior



Fonte: a autora.

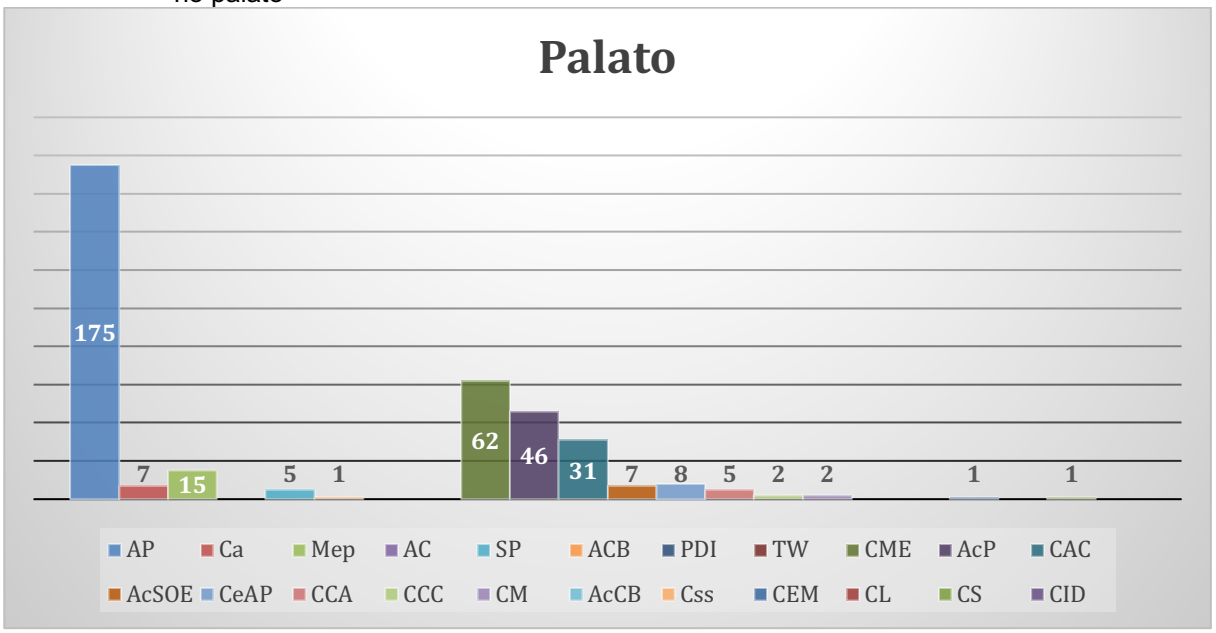
Das 64 lesões que acometeram o lábio superior foram 44 benignas (26 AP, 9 AC, 6 Ca, 2 TW, 1 ACB) e 20 malignas (11 AcP, 6 CAC, 1 AcCB, 1 CCA, 1 CME), (Gráfico 5.53) nota-se que o lábio superior é mais acometido por neoplasias benignas do que malignas (B:M 1:0,45) o que concorda com a literatura, ainda que em proporções bastante variáveis: B:M 2:1(16,31), 2,66:1(17), 4,3:1 (25), 5,6:1(28), 6,5:1(27), 9,67:1(26) também encontra-se artigos que demonstram uma relação igual entre benignos e malignos 1:1(13) ou ainda uma relação inversa 0,5:1 (33).

Gráfico 5.53 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas no lábio superior

Fonte: a autora.

Das 368 lesões que acometeram palato foram 203 benignas (175 AP, 15 Mep, 7 Ca, 5 SP, 1 ACB) e 165 malignas (62 CME, 46 AcP, 31 CAC, 8 CeAP, 7 AcSOE, 5 CCA, 2 CM, 2 CCC, 1 CEM, 1 CS) (gráfico 5.54) Nota-se que apesar do palato ter tido um número de neoplasias benignas maior do que malignas, a relação B:M é semelhante 1:0,8. A literatura é bastante diversa quanto a relação B:M desse local apresentando dados como: 0,65:1(33), 0,8:1(2), 0,9:1(20), 0,99:1 (3), 1,02:1(17), 1,12:1(16), 1,13:1(25), 1,15:1 (15), 1,27:1 (27), 1,3:1 (26), 1,5:1 (28), 1,638:1(8), 2,2:1 (31), 2,4:1(9), 2,5:1 (13).

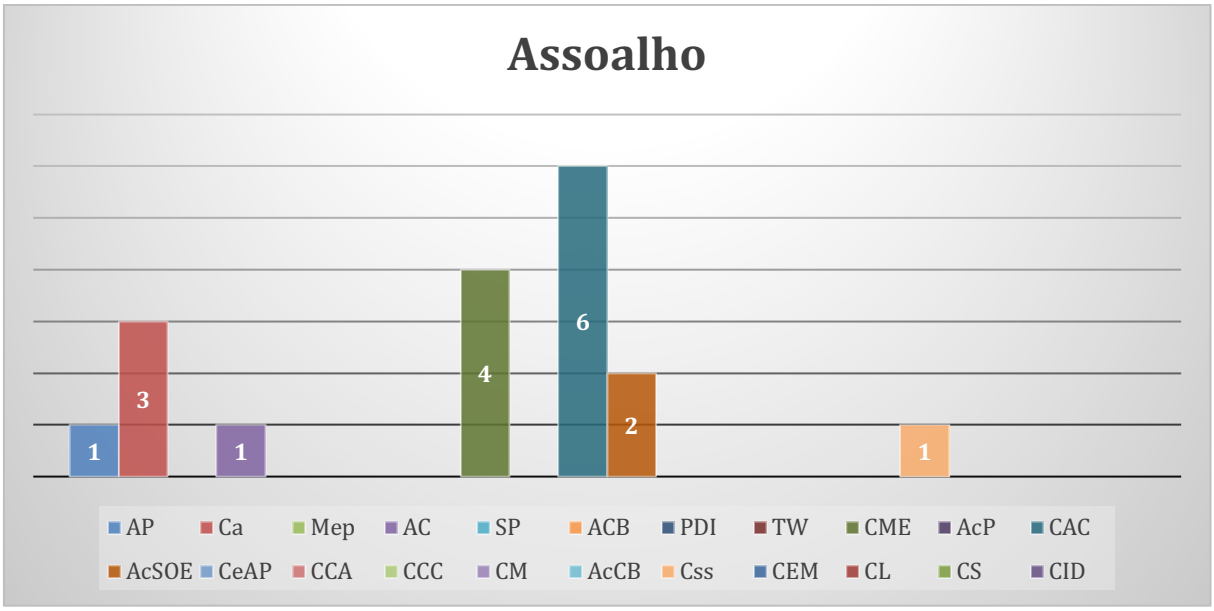
Gráfico 5.54 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas no palato



Fonte: a autora.

As 18 lesões que acometeram assoalho foram 5 benignas (3 Ca, 1 AC, 1 AP) e 13 malignas (6 CAC, 4 CME, 2 AcSOE, 1 Css). (Gráfico 5.55) Nota-se que a maior parte das lesões que acometem o assoalho são malignas (B:M 1:2,6) como demonstrado na literatura através de diversas relações B:M: 0,02:1 (3), 0,03:1(16), 0,07:1(9,13), 0,1:1 (25), 0,28:1(17), 0,33:1(28), 0,44:1 (26), 0,5:1 (20). Outro estudo (31) não encontrou neoplasias benignas nessa região. Alguns estudos apresentam uma relação semelhante entre benignos e malignos 1:1. (8,27)

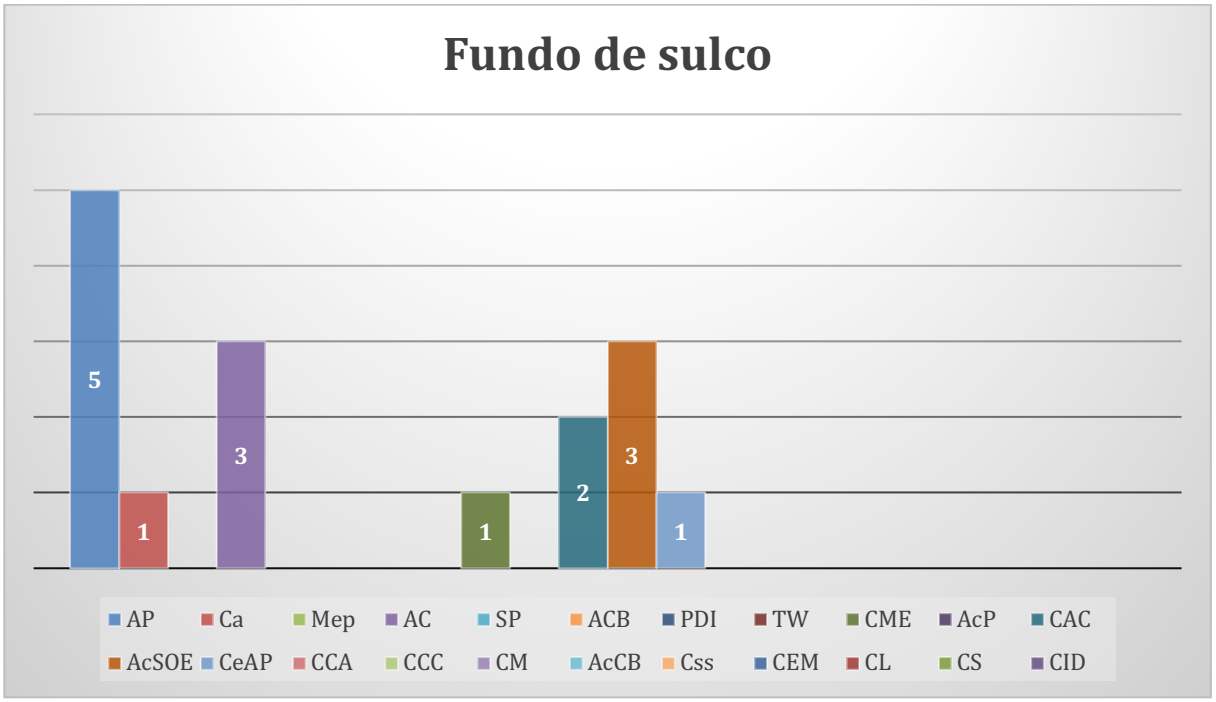
Gráfico 5.55 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas no assoalho



Fonte: a autora.

Das 16 lesões que acometeram fundo de sulco foram 9 benignas (5 AP, 3 AC, 1 Ca) e 7 malignas (3 AcSOE, 2 CAC, 1 CeAP,1 CME). (Gráfico 5.56) Nota-se uma relação semelhante entre neoplasias benignas e malignas nessa região (B:M 1:0,8), apesar da literatura apresentar uma predominância de neoplasias benignas. 1,8:1. (25)

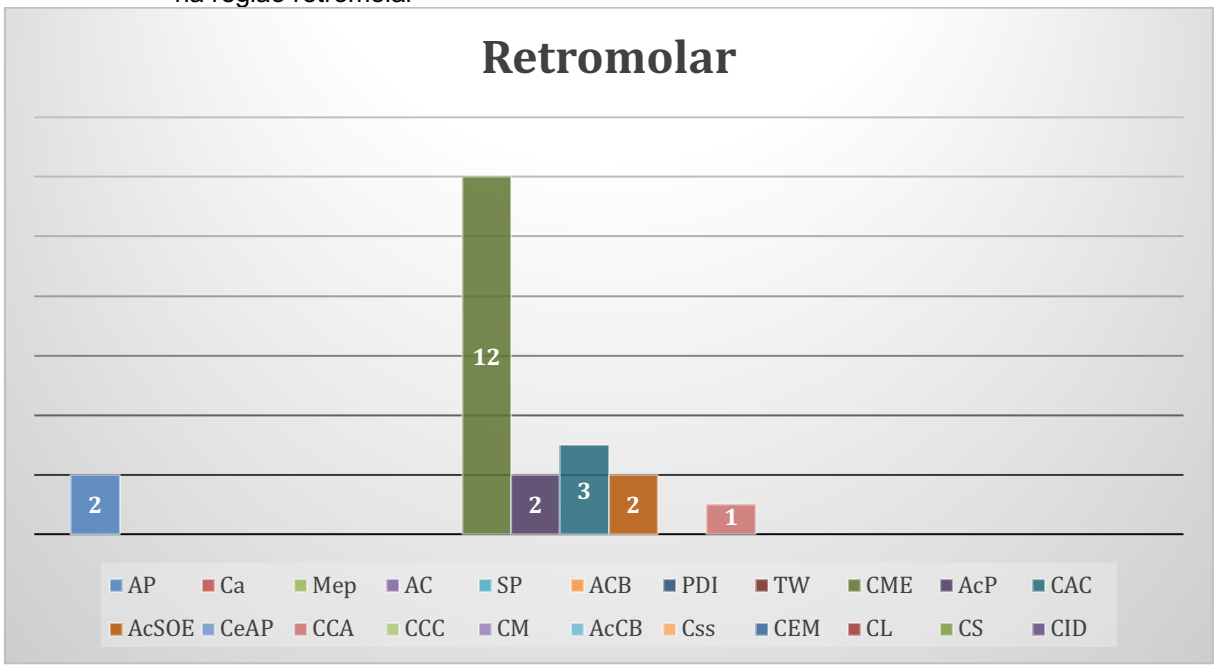
Gráfico 5.56 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas no fundo de sulco



Fonte: a autora.

As 22 lesões que acometeram a região retromolar (trígono) foram 2 benignas (2 AP) e 20 malignas (12 CME, 3 CAC, 2 AcSOE, 2 AcP, 1 CCA). (Gráfico 5.57) Nota-se que as neoplasias que acometem essa região são majoritariamente malignas (B:M 1:10) corroborando com o encontrado na literatura nas suas mais variáveis relações B:M: 0,04:1(3) 0,05:1(26) 0,08:1 (20,27) 0,12:1 (16) 0,14:1(28): 0,33:1(9), 0,42:1(2). Em outro estudo (33) não teve casos benignos e em outro só teve um caso de AP (31).

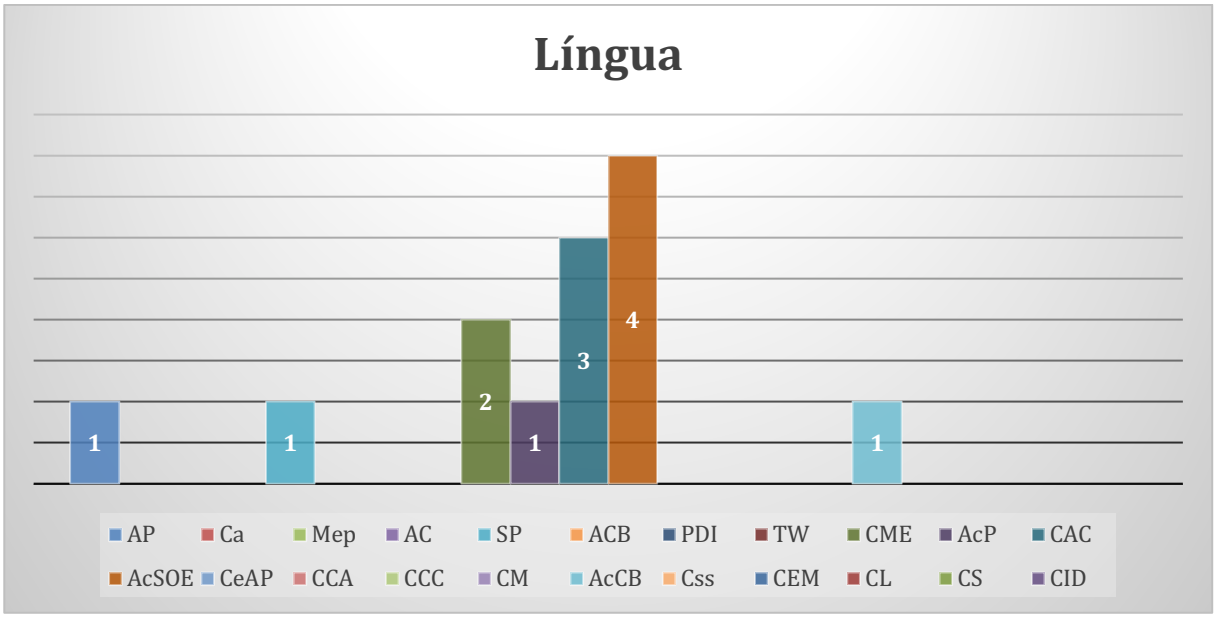
Gráfico 5.57 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas na região retromolar



Fonte: a autora.

Das 13 lesões que acometeram a língua 2 foram benignas (1 AP, 1 SP) e 11 malignas (4 AcSOE, 3 CAC, 2 CME, 1 AcCB, 1 AcP) (Gráfico 5.58) Nota-se que a maior parte das neoplasias ocorrida na língua são malignas (B:M 1:5,5), como mostra a literatura B:M: 0,05:1(2), 0,08:1(3), 0,13:1(20), 0,16:1(9,13,16), 0,4:1(28), 0,67:1(26). Um estudo (8) mostra que não foram encontradas neoplasias benignas em língua apenas 4 malignas e outro estudo apontou uma relação B:M igual 1:1 (15).

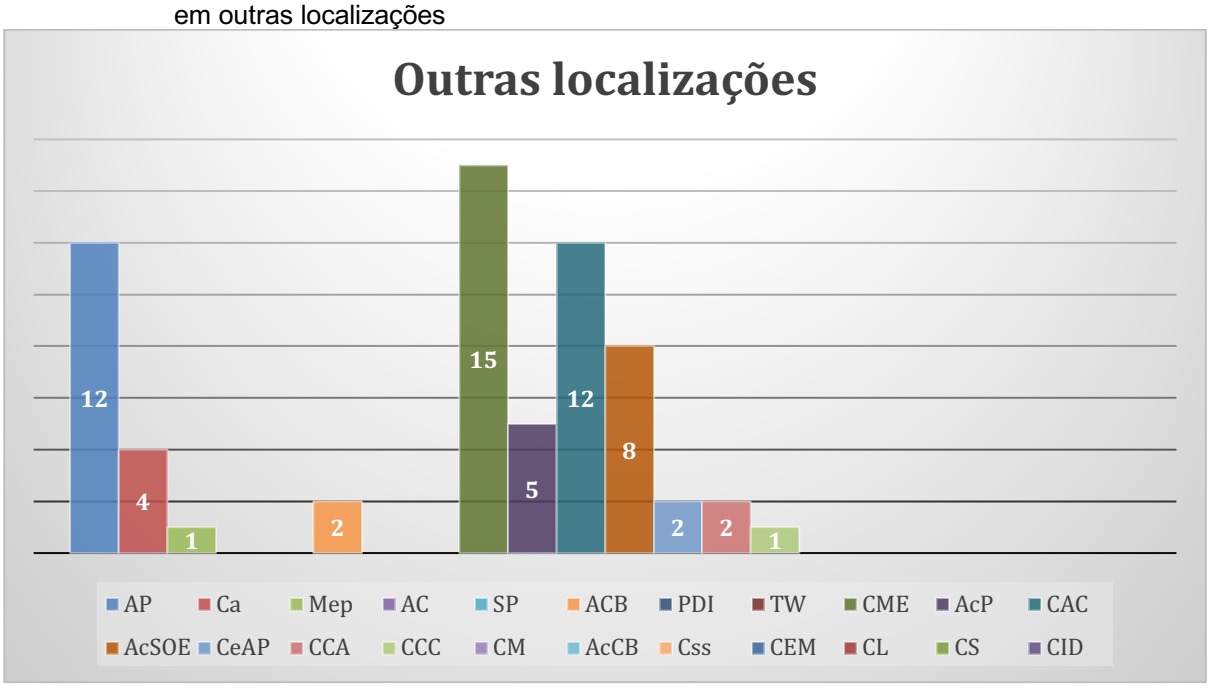
Gráfico 5.58 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas na língua



Fonte: a autora.

As 64 lesões que acometeram outras regiões foram 19 benignas (12 AP, 4 Ca, 2 ACB, 1 Mep) e 45 malignas (15 CME, 12 CAC, 8 AcSOE, 5 AcP, 2 CCA, 2 CeAP, 1 CCC). (B:M 1:2,4) (Gráfico 5.59).

Gráfico 5.59 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas por diagnóstico diagnosticadas em outras localizações



Fonte: a autora.

No quadro 5.5 pode-se observar a razão entre neoplasias benignas e malignas dividida por localização anatômica.

Quadro 5.5 - Relação NGSMIO benignas:malignas por localização

Localização anatômica	Benignas	Malignas	B:M
Mucosa jugal	32	46	1:1,44
Lábio	14	8	1:0,6
Lábio inferior	12	10	1:0,83
Lábio superior	44	20	1:0,45
Palato	203	165	1:0,8
Assoalho	5	13	1:2,6
Fundo de sulco	9	7	1:0,8
Retromolar	2	20	1:10
Língua	2	11	1:5,5
Outros	19	45	1:2,4

Fonte: a autora.

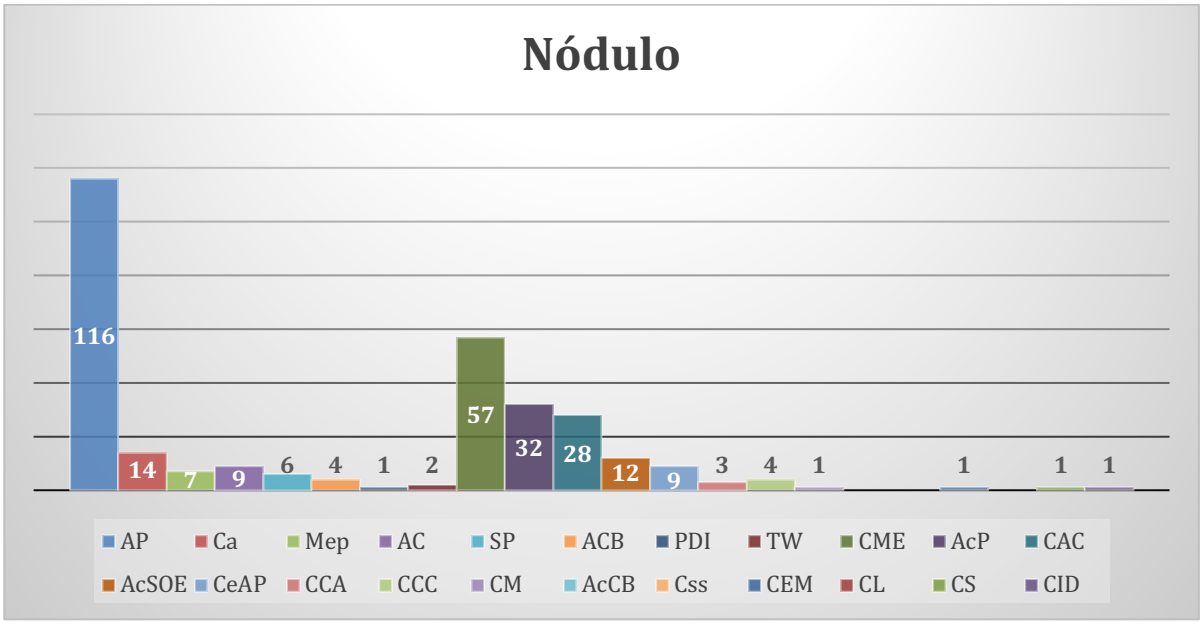
Podemos notar que algumas regiões são mais propensas às neoplasias malignas como: língua, região retromolar, assoalho bucal e mucosa jugal; enquanto outras apresentam uma frequência muito próxima como lábio inferior, palato e fundo de sulco, enquanto regiões como lábio não especificado e lábio superior tem uma tendência maior a neoplasias benignas.

5.4.4 Aspecto clínico da lesão (lesão fundamental)

Trezentas e trinta e oito fichas não tinham descrição do aspecto clínico da lesão.

Das 308 lesões que se apresentavam como nódulo 159 eram benignas (116 AP, 14 Ca, 9 AC, 7 Mep, 6 SP, 4 ACB, 2 TW, 1 PDI) e 149 malignas (57 CME, 32 AcP, 28 CAC, 12 AcSOE, , 9 CeAP, 4 CCC, 3 CA, 1 CEM 1 CM, 1 CS, 1 CId). (Gráfico 5.60)

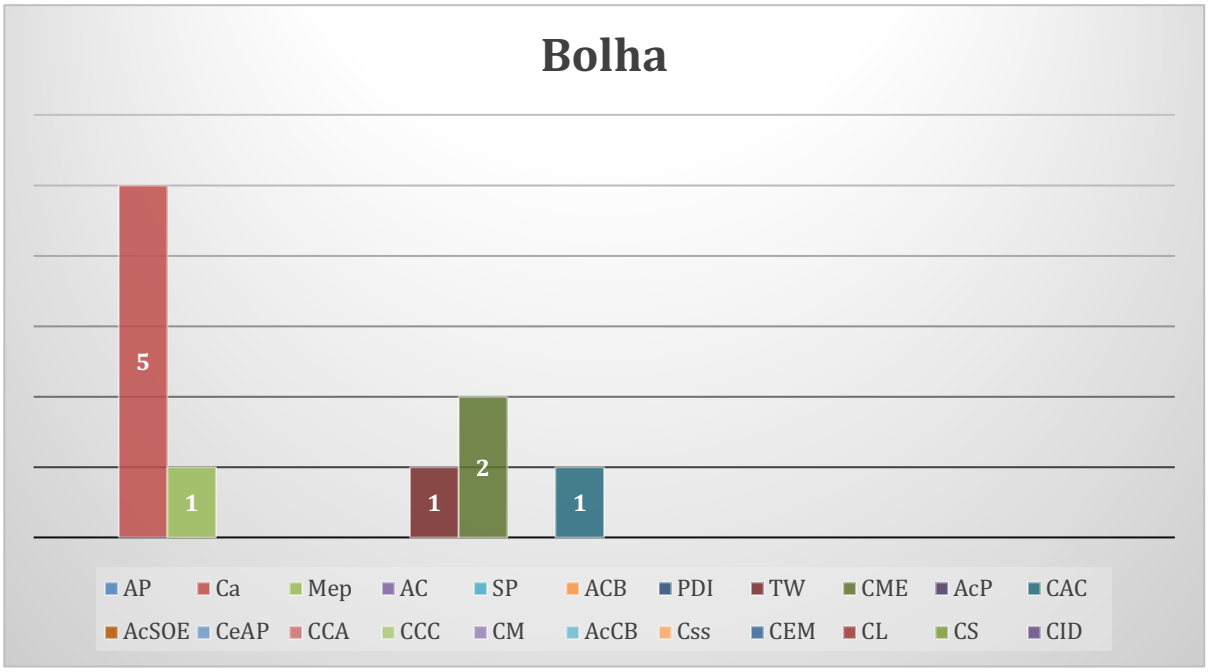
Gráfico 5.60 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como nódulo



Fonte: a autora.

Das 10 lesões que se apresentavam como bolha 7 eram benignas (5 Ca, 1 Mep, 1 TW) e 3 malignas (2 CME, 1 CAC). (Gráfico 5.61)

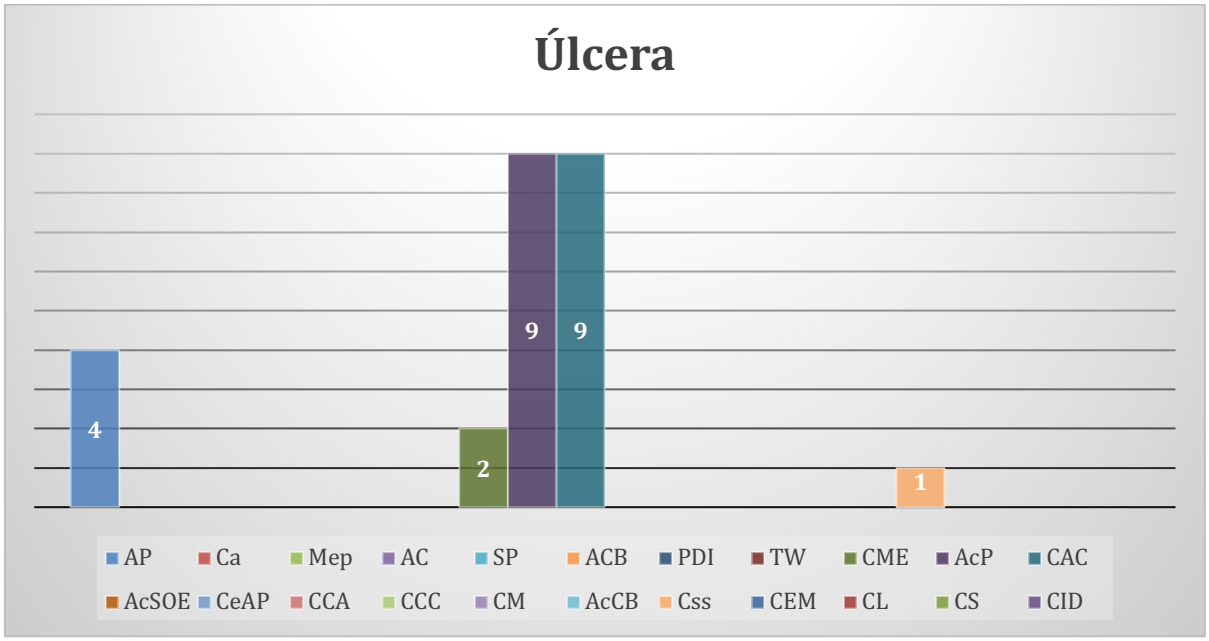
Gráfico 5.61 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como bolha



Fonte: a autora.

Das 26 lesões que se apresentavam como úlcera 4 eram benignas (4 AP) e 22 malignas (9 AcP, 9 CAC, 2 CME, 1 Css) (Gráfico 5.62).

Gráfico 5.62 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como úlcera

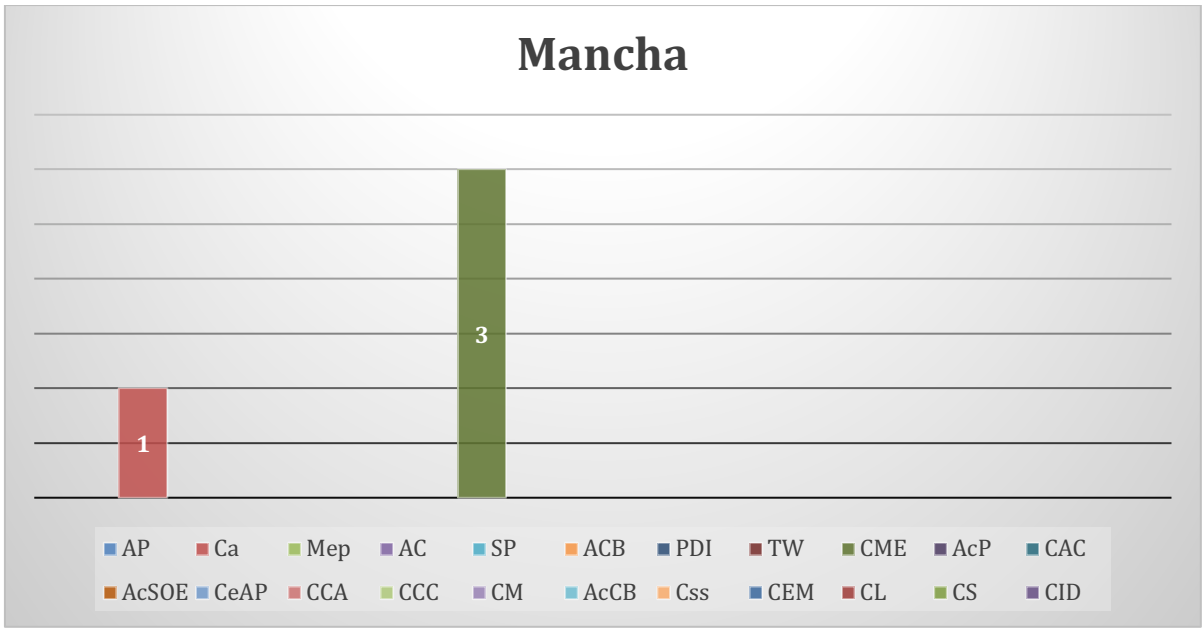


Fonte: a autora.

A única lesão que se apresentou como placa foi benigna (AP).

Das 4 lesões que se apresentavam como mancha 1 era benignas (1 Ca) e 3 malignas (3 CME) (Gráfico 5.63).

Gráfico 5.63 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como mancha



Fonte: a autora.

No quadro 5.6 pode-se observar a razão entre neoplasias benignas e malignas dividida por lesão fundamental:

Quadro 5.6 - Relação NGSMIO benignas:malignas por lesão fundamental

Lesão fundamental	Benignas	Malignas	B:M
Nódulo	159	149	1:0,94
Bolha	7	3	1:0,4
Úlcera	4	22	1:5,5
Placa	1	0	1:0
Mancha	1	3	1:3

Fonte: a autora.

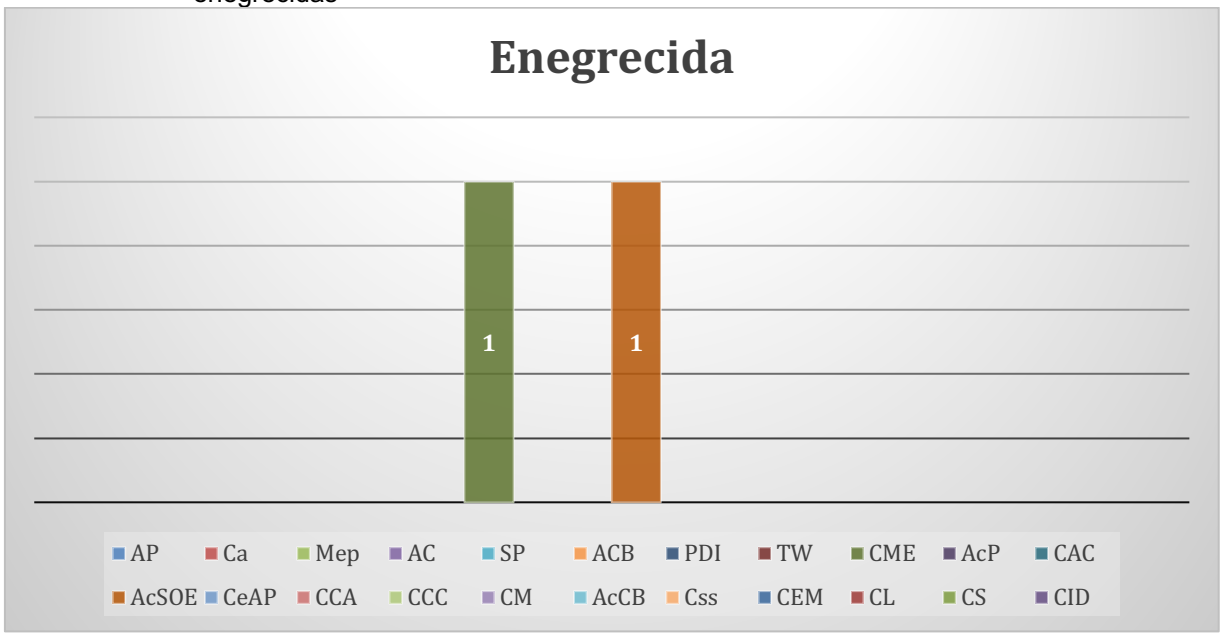
Frente aos dados, podemos notar que as lesões ulceradas e manchas tem uma maior chance de serem malignas, enquanto as bolhas tem uma maior chance de serem benignas e os nódulos tem chances semelhantes de serem malignas ou benignas. Como houve somente um caso que se manifestou como placa, não é possível afirmar que haja uma tendência dessas lesões serem benignas, mas pode ser um indicativo.

5.4.5 Coloração da lesão em mucosa

Trezentas e duas fichas não tinham informação quanto a coloração em mucosa oral.

Das 2 lesões que se apresentavam enegrecidas ambas eram malignas (1 CME e 1 AcSOE) (Gráfico 5.64).

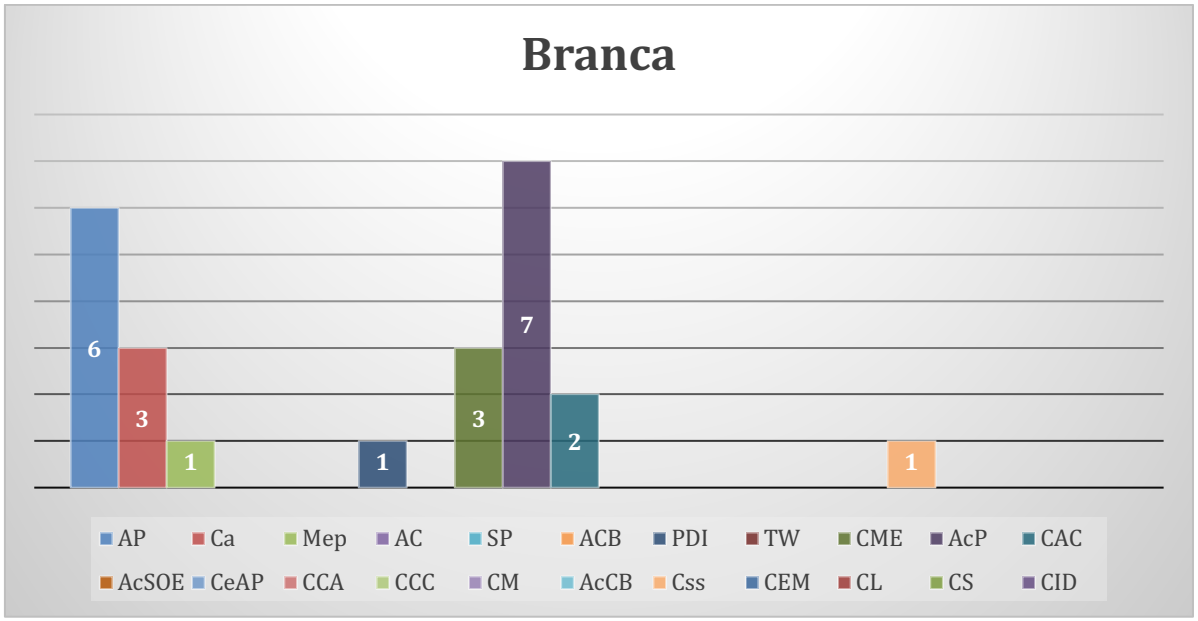
Gráfico 5.64 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como enegrecidas



Fonte: a autora.

Das 21 lesões que se apresentavam como brancas 8 eram benignas (6 AP, 3 Ca, 1 Mep, 1 PDI) e 13 malignas (7 AcP, 3 CME, 2 CAC, 1 Css) (Gráfico 5.65).

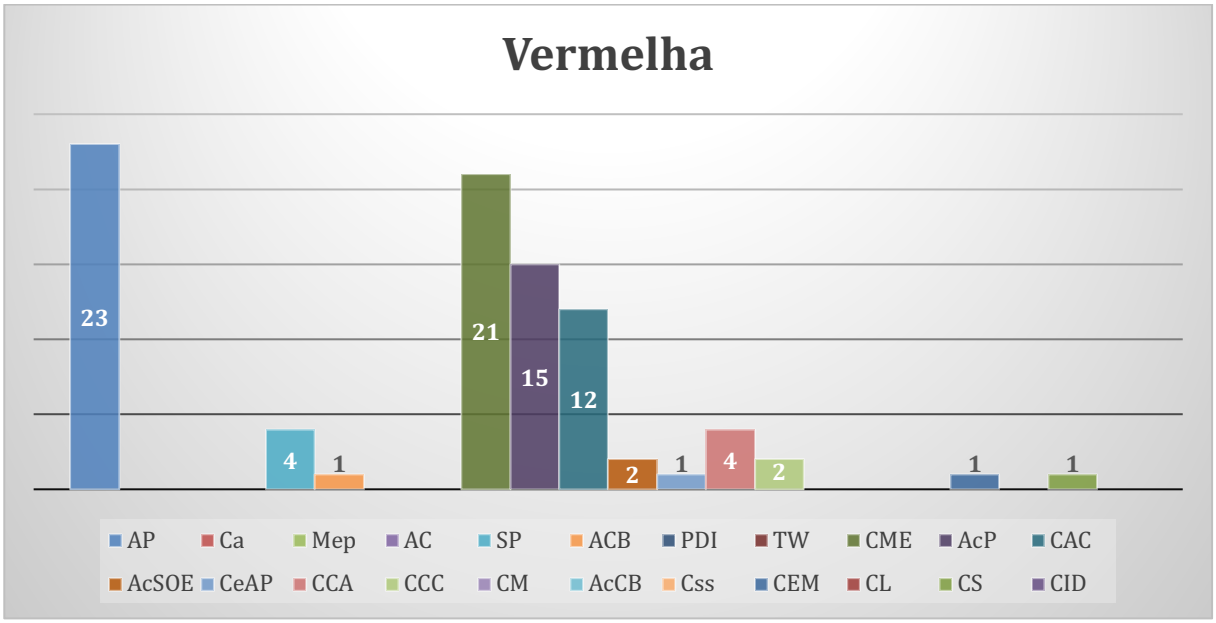
Gráfico 5.65 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como brancas



Fonte: a autora.

Das 90 lesões que se apresentavam como vermelha 31 eram benignas (23 AP, 4 SP 1 ACB) e 59 malignas (21 CME, 15 AcP, 12 CAC, 4 CCA, 2 CCC, 2 AcSOE, 1 CEM, 1 CeAP, 1 CS) (Gráfico 5.66).

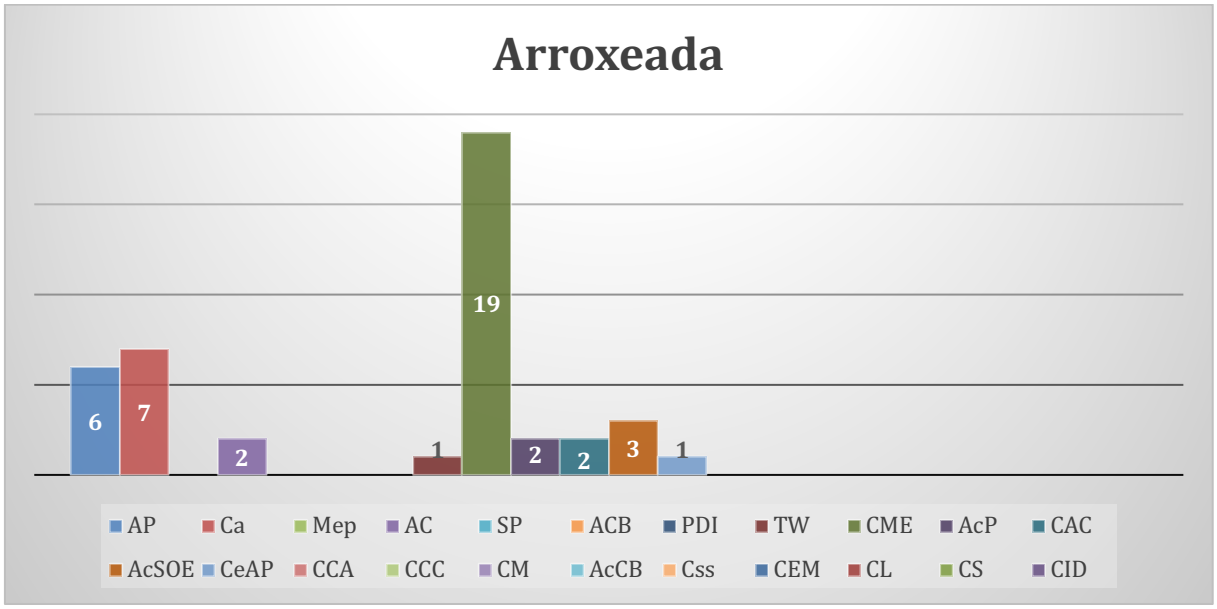
Gráfico 5.66 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como vermelha



Fonte: a autora.

Das 44 lesões que se apresentavam como arroxeadas 16 eram benignas (7 Ca, 6 AP, 2 AC, 1 TW) e 27 malignas (19 CME, 3 AcSOE, 2 AcP, 2 CAC, 1 CeAP) (Gráfico 5.67).

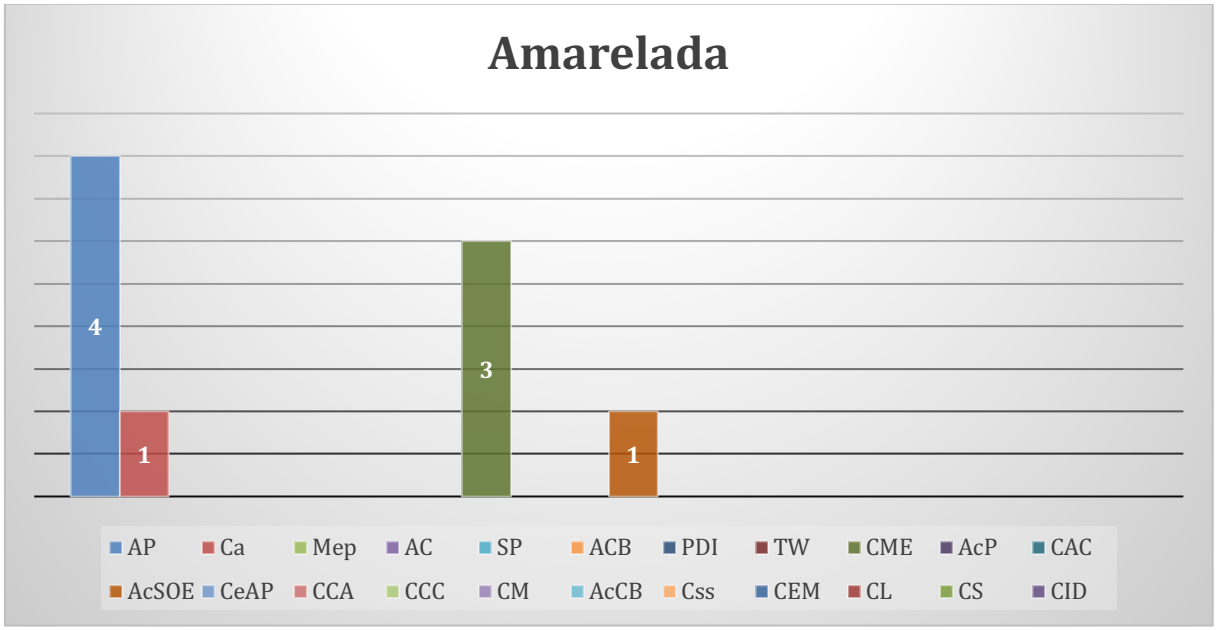
Gráfico 5.67 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como arroxeadas



Fonte: a autora.

Das 9 lesões que se apresentavam como amareladas 5 eram benignas (4 AP, 1 Ca) e 4 malignas (3 CME, 1 AcSOE) (Gráfico 5.68).

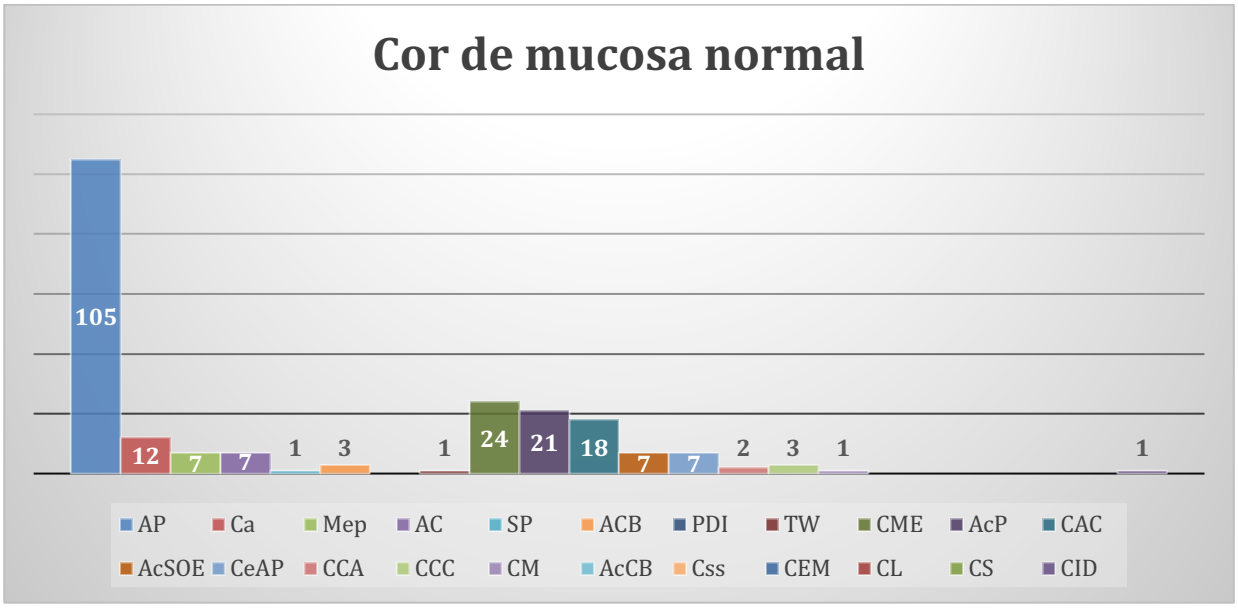
Gráfico 5.68 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente como amareladas



Fonte: a autora.

Das 220 lesões que se apresentavam com coloração normal 136 eram benignas (105 AP, 12 Ca, 7 AC, 7 Mep, 3 ACB, 1 SP, 1 TW) e 84 malignas (24 CME, 21 AcP, 18 CAC, 7 AcSOE, 7 CeAP, 3 CCC, 2 CCA, 1 CM, 1 Cid) (Gráfico 5.69).

Gráfico 5.69 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas descritas clinicamente com cor de mucosa normal



Fonte: a autora.

No quadro 5.7 pode-se observar a razão entre neoplasias benignas e malignas dividida por coloração em mucosa descrita.

Quadro 5.7 - Relação NGSMIO benignas:malignas por coloração em mucosa

Coloração em mucosa	Benignas	Malignas	B:M
Enegrecida	0	2	0:2
Branca	8	13	1:1,6
Vermelha	31	59	1:1,9
Roxo	16	27	1:1,7
Amarelada	5	4	1:0,8
Cor de mucosa normal	136	84	1:0,6

Fonte: a autora.

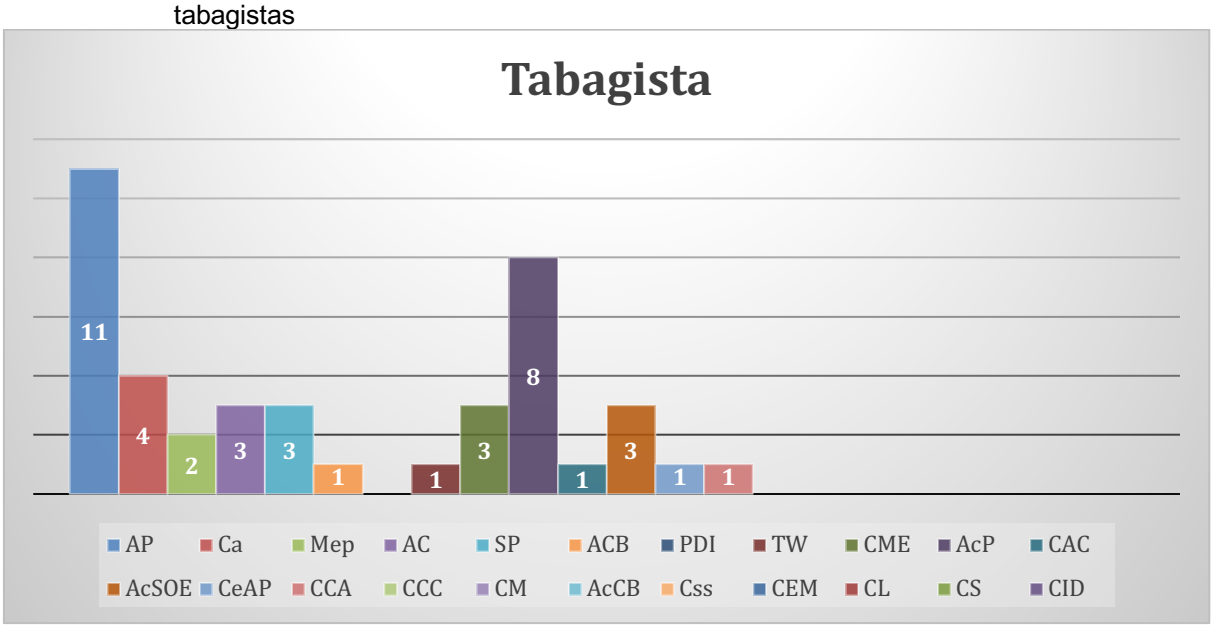
Então pode-se notar que as lesões enegrecidas foram exclusivamente malignas e há uma tendência maior para o diagnóstico de malignidade em leões brancas, vermelhas e roxas. Quanto as lesões amarelas nota-se que há uma distribuição semelhante entre benignas e malignas e as lesões com cor de mucosa normal tendem a ser mais benignas.

5.4.6 Tabagismo

Trezentos e noventa e seis fichas não tinham informação quanto a tabagismo, pois alguns FREAP não apresentavam campo para essa informação

Os pacientes tabagistas tiveram 42 casos de neoplasia de glândula salivar: 25 benignas (11 AP, 4 Ca, 3 AC, 3 SP, 2 Mep, 1 ACB, 1 TW) e 17 malignas (8 AcP, 3 CME, 3 AcSOE, 1 CAC, 1 CCA, 1 CeAP) (Gráfico 5.70).

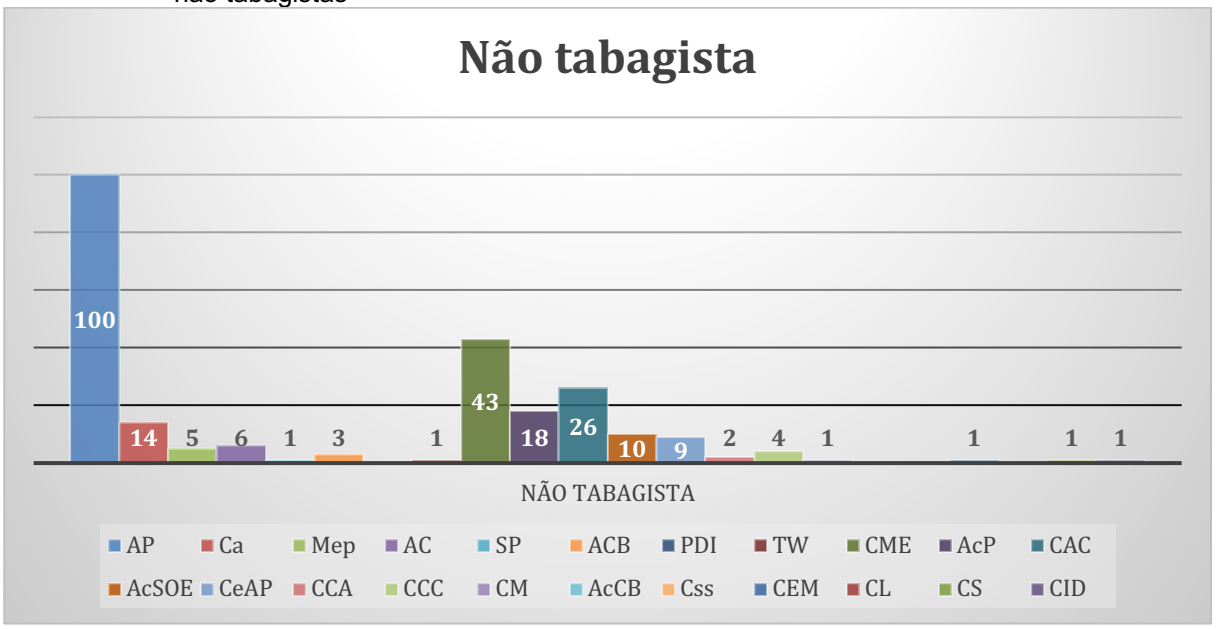
Gráfico 5.70 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas diagnosticadas em pacientes tabagistas



Fonte: a autora.

Os pacientes não tabagistas tiveram 246 casos de neoplasia de glândula salivar, sendo 130 benignas (100 AP, 14 Ca, 6 AC, 5 Mep, 3 ACB, 1 SP, 1 TW) e 116 malignas (43 CME, 26 CAC, 18 AcP, 10 AcSOE, 9 CeAP, 4 CCC, 2 CCA, 1 CEM, 1 CM, 1 CS, 1 CId) (Gráfico 5.71).

Gráfico 5.71 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas diagnosticadas em pacientes não tabagistas



Fonte: a autora.

Os pacientes ex tabagistas tiveram 3 casos de neoplasia de glândula salivar todas AcP.

No quadro 5.8 pode-se observar a razão entre neoplasias benignas e malignas em relação ao tabagismo.

Quadro 5.8 - Relação NGSMIO benignas:malignas em pacientes tabagistas, não tabagistas e ex-tabagistas

Tabagismo	Benignas	Malignas	B:M
Tabagista	25	17	1:0,68
Não tabagista	130	116	1:0,89
Ex tabagista	0	3	0:3

Fonte: a autora.

Frente a esses dados, pode-se observar que os pacientes tabagistas apresentaram mais neoplasias benignas, os não tabagistas apresentaram uma relação semelhante entre neoplasias benignas e malignas e os pacientes ex tabagistas tiveram unicamente um tipo de neoplasia maligna (AcP).

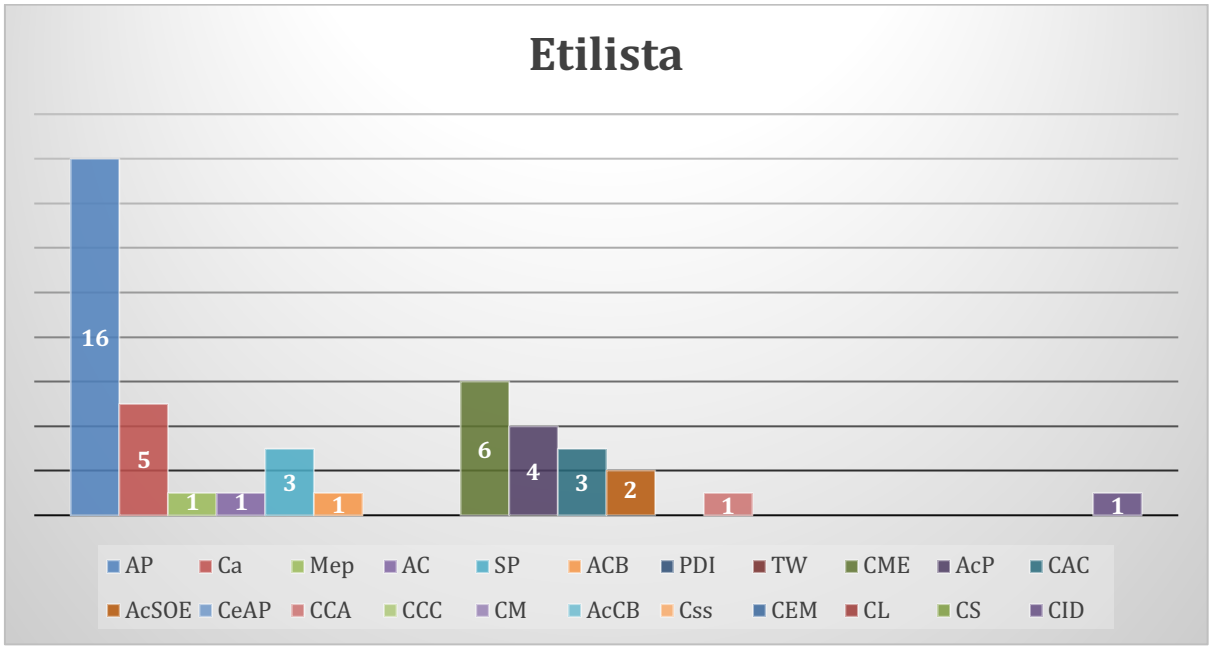
Observa-se que o desenvolvimento das neoplasias benignas e malignas não está diretamente ligado ao consumo de cigarros.

5.4.7 Etilismo

Quatrocentas e trinta e uma fichas não tinham informação sobre etilismo, pois alguns FREAP não apresentavam campo para essa informação.

Os pacientes etilistas tiveram 44 casos de neoplasia de glândula salivar: 27 benignas (16 AP, 5 Ca, 3 SP, 1 ACB, 1 AC, 1 Mep) e 17 malignas (6 CME, 4 AcP, 3 CAC, 2 AcSOE, 1 CCA, 1 CId) (Gráfico 5.72).

Gráfico 5.72 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas diagnosticadas em pacientes etilistas



Fonte: a autora.

Os pacientes não etilistas tiveram 213 casos de neoplasia de glândula salivar: 112 benignas (84 AP, 12 Ca, 6 Mep, 5 AC, 3 ACB, 2 TW) e 100 malignas (36 CME, 20 CAC, 18 AcP, 9 AcSOE, 9 CeAP, 4 CCC, 2 CCA, 1 CM, 1 CS) (Gráfico 5.73).

Gráfico 5.73 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas diagnosticadas em pacientes não etilistas

Fonte: a autora.

No quadro 5.9 pode-se observar a razão entre neoplasias benignas e malignas em relação ao etilismo.

Quadro 5.9 - Relação NGSMIO benignas:malignas em pacientes etilistas e não etilistas

Etilismo	Benignas	Malignas	B:M
Etilista	27	17	1:0,63
Não etilista	112	100	1:0,9

Fonte: a autora.

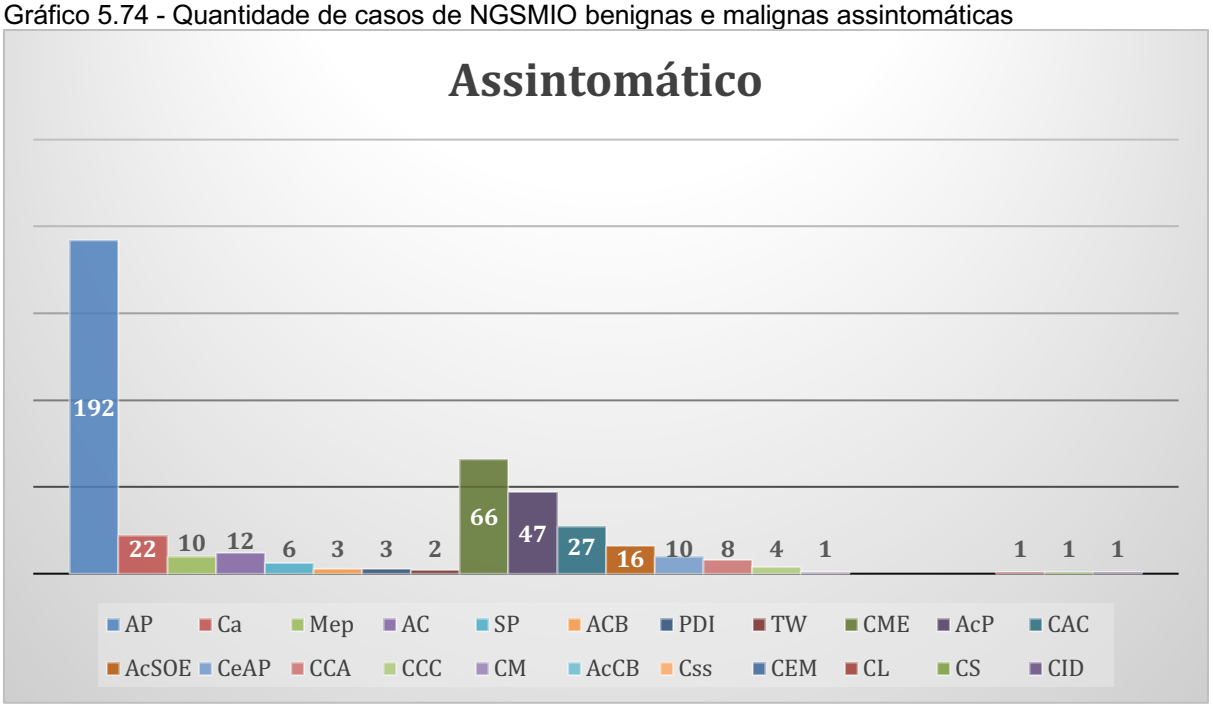
Frente a esses dados, notamos que os pacientes etilistas apresentam mais neoplasias benignas que malignas, enquanto os pacientes não etilistas apresentam uma frequência bastante similar dessas neoplasias. Esse dado não pode ser usado como um indicador clínico de possibilidade de lesão maligna ou benigna, pois pode ser mascarado pelo paciente quando questionado pelo profissional da saúde. No entanto, esse dado pode nos indicar que as neoplasias de glândula, tanto as benignas quanto as malignas não estão associadas diretamente ao consumo de bebidas alcoólicas.

5.4.8 Sintomatologia

Cento e cinquenta e sete fichas não apresentavam dados referente a sintomatologia.

Das 432 lesões assintomáticas 250 foram benignas (192 AP, 22 Ca, 12 AC, 10 Mep, 6 SP, 3 ACB, 3 PDI, 2 TW) e 182 malignas (66 CME, 47 AcP, 27 CAC, 16 AcSOE, 10 CeAP, 8 CCA, 4 CCC, 1 CM, 1 CS, 1 CId, 1 CL) (Gráfico 5.74).

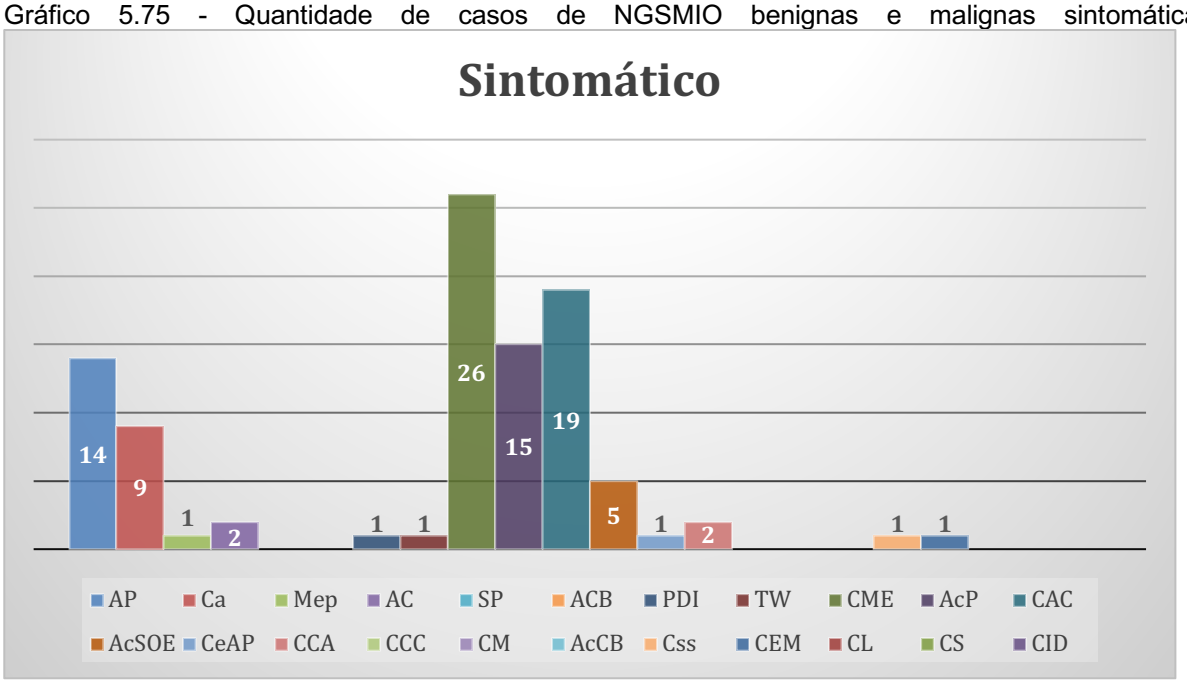
Gráfico 5.74 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas assintomáticas



Fonte: a autora.

Das 98 lesões sintomáticas 28 foram benignas (14 AP, 9 Ca, 2 AC, 1 Mep, 1 PDI, 1 TW) e 70 malignas (26 CME, 19 CAC, 15 AcP, 5 AcSOE, 2 CCA, 1 CEM, 1 CeAP, 1 Css) (Gráfico 5.75).

Gráfico 5.75 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas sintomáticas



Fonte: a autora.

No quadro 5.10 pode-se observar a razão entre neoplasias benignas e malignas em relação a sintomatologia.

Quadro 5.10 - Relação NGSMIO benignas:malignas em relação à sintomatologia

Sintomatologia	Benignas	Malignas	B:M
Assintomático	250	182	1:0,73
Sintomático	28	70	1:2,5

Fonte: a autora.

Podemos notar quanto a esse dado, que as lesões que apresentam sintomatologia são muito pouco frequente (18,5%), mas nos casos em que foi relatada a maior parte deles era maligno . Esse pode ser um sinal importante para que o clínico se atente, não descartando a possibilidade de se tratar de uma neoplasia maligna em casos assintomáticos, mas elevando a possibilidade de se tratar destas quando o paciente apresenta sintomatologia.

5.4.9 Tamanho da lesão (em centímetros, cm)

Cento e trinta e duas fichas não apresentavam informação quanto ao tamanho da lesão.

É possível observar no quadro 5.11, a relação entre NGSMIO benignas e malignas quanto ao tamanho informado pelo clínico no momento da biópsia.

Quadro 5.11: Relação NGSMIO benignas:malignas quanto ao tamanho da lesão

Tamanho (cm)	Benignas	Malignas	B:M
até 1	95	81	1:0,85
1,1 a 3	124	127	1:1,02
3,5 a 6	54	43	1:0,8
7 a 10	2	4	1:2
mais de 10	11	15	1:1,36

Fonte: a autora.

É possível notar que as lesões de até 6 cm têm uma tendência semelhante a neoplasias benignas e malignas. Enquanto as lesões com mais de 7 cm apresentam uma maior tendência a malignidade. Podendo este tornar-se outro fator que pode guiar o clínico frente a uma suspeita de glândula salivar.

5.4.10 Duração da lesão em meses

Cento e oitenta e seis fichas não tinham informação quanto a duração da lesão.

A relação entre a duração da lesão e a proporção de benignas e malignas pode ser notada no quadro 5.12

Quadro 5.12 - Relação NGSMIO benignas:malignas quanto a duração da lesão

Duração (meses)	Benigna	Maligna	B:M
até 3	47	68	1:1,44
de 4 a 6	32	41	1:1,28
de 7 a 12	50	45	1:0,9
de 13 a 24	33	30	1:0,9
de 25 a 36	17	21	1:1,23
de 37 a 120	56	33	1:0,6
mais de 120	22	3	1:0,13

Fonte: a autora.

Nota-se, nessa analise, que as lesões com menor tempo de evolução (até 6 meses) tem uma tendência a ser malignas, no entanto, essa relação também foi maior nas lesões com tempo de evolução entre 25 a 36 meses, o que pode ser explicado pelo fato de a maioria das neoplasias de glândula salivar terem um desenvolvimento lento. Além disso há uma similaridade muito grande entre os diagnósticos benignos e malignos de lesões com tempo de evolução de 7 a 24 meses. Enquanto, as lesões com mais de 36 meses de evolução têm uma menor tendência a malignidade.

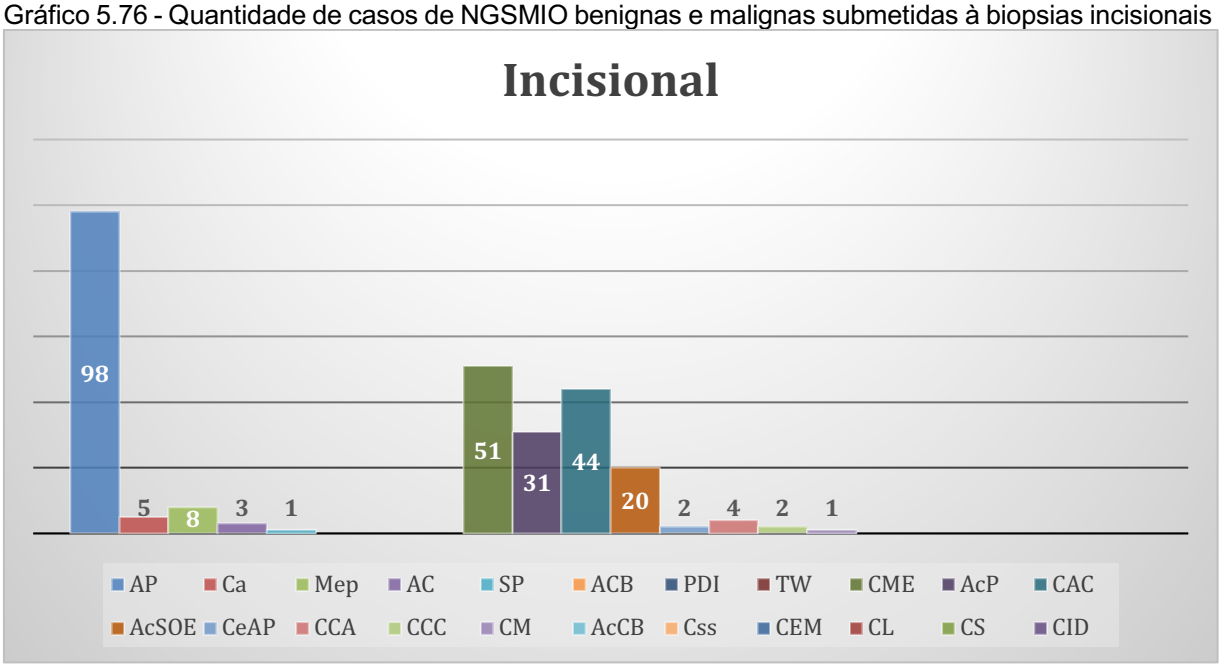
Sendo assim é possível que um dos critérios que o clínico possa utilizar frente a uma suspeita de neoplasia de glândula, para ajustar as suas condutas clínicas a fim de promover o melhor para o paciente seria uma relação entre o tempo de duração da lesão e a probabilidade de malignidade, sendo que em lesões com até 6 meses de duração, há maior possibilidade de ser maligna, de 7 a 36 meses de evolução há uma chance relativamente semelhante de se tratar de uma neoplasia benigna ou maligna e passando de 36 meses de duração, as chances de a neoplasia ser benigna aumentam, principalmente após os 120 meses.

5.4.11 Tipo de biópsia realizada

Cento e vinte fichas não tinham informação quanto ao tipo de biópsia realizada

Das 270 lesões submetidas a biópsia incisional 115 eram benignas (98 AP, 8 Mep, 5 Ca, 3 AC, 1 SP) e 155 malignas (51 CME, 44 CAC, 31 AcP, 20 AcSOE, 4 CCA, 2 CCC, 2 CeAP, 1 CM) (Gráfico 5.76).

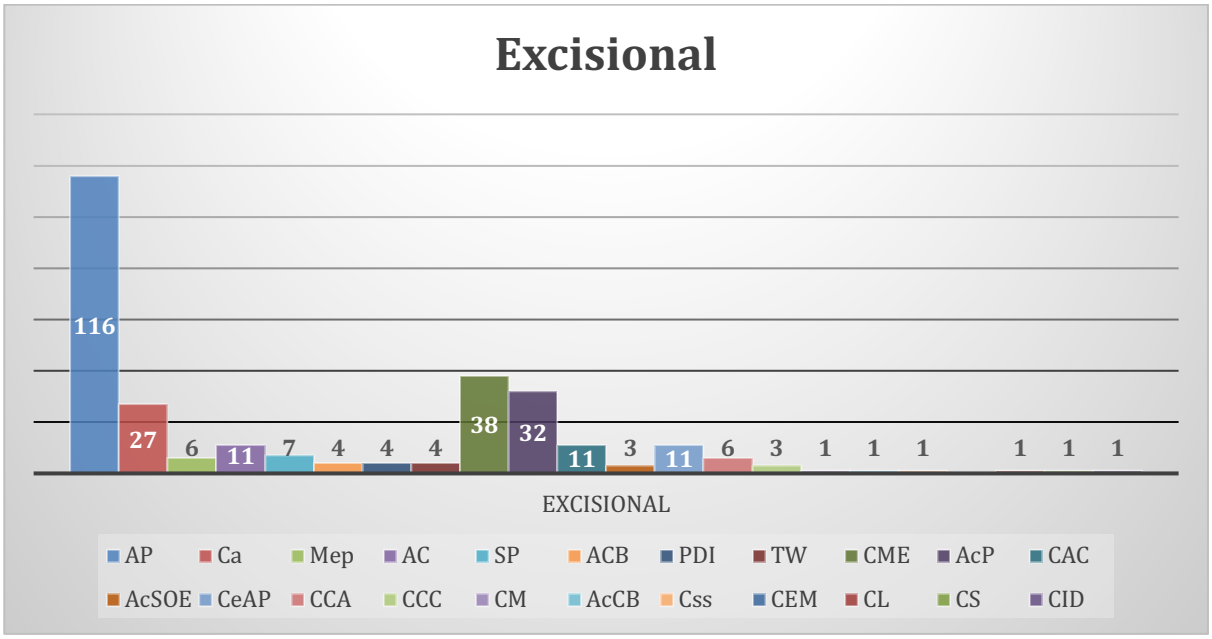
Gráfico 5.76 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas submetidas à biopsias incisionais



Fonte: a autora.

E quanto as 289 lesões submetidas a biópsia excisional 179 eram benignas (116 AP, 27 Ca, 11 AC, 7 SP, 6 Mep, 4 ACB, 4 PDI e 4 TW) e 110 eram malignas (38 CME, 32 AcP, 11 CAC, 11 CeAP, 6 CCA, 3 CCC, 3 AcSOE, 1 AcCB , 1 CM, 1 CS, 1 CId, 1 CL, 1 Css) (Gráfico 5.77).

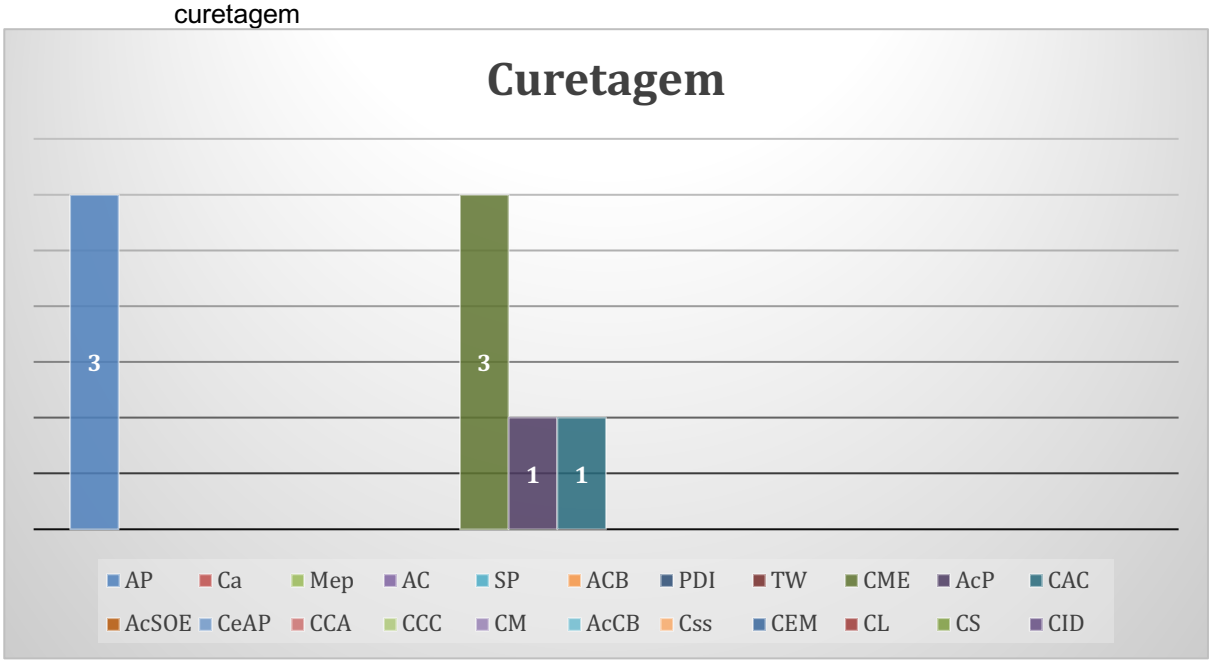
Gráfico 5.77 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas submetidas à biopsias excisionais



Fonte: a autora.

Das 8 lesões submetidas a curetagem 3 foram benignas (3 APs) e 5 malignas (3 CME, 1 CAC e 1 AcP) (Gráfico 5.78).

Gráfico 5.78 - Quantidade de casos de NGSMIO benignas e malignas submetidas à biopsias por curetagem



Fonte: a autora.

Excluindo-se da contagem as biópsias por curetagem, pois estes casos foram intraósseos, 41,5% das neoplasias malignas foram submetidas a biópsias excisionais,

o que demonstra uma necessidade da melhor caracterização desse tipo de lesão para auxiliar na conduta clínica e no tratamento dos pacientes. Corroborando com essa informação, o único artigo encontrado na literatura que relata o tipo de biópsia realizado demonstra que 56,8% das neoplasias malignas forma submetidas a biópsia "excisional".(25)

Devido a pouca ocorrência de estudos retrospectivos sobre o perfil dos pacientes acometido pelas NGSMIO, há poucas informações sobre o perfil desses, qual tipo de neoplasia é mais frequente, benignas ou malignas, faixa etária que mais ocorrem e outra informações que possam auxiliar o clínico a considerá-las dentre suas hipóteses diagnósticas para correta condução do caso. Tendo sido o estudo realizado no maior centro de referência de Patologia Oral do país esses dados podem ser considerados referenciais para a conduta dos clínicos brasileiros.

6 CONCLUSÕES

1. As NGSMIO são raras mesmo em um centro de referencia em patologia oral, não chegando a representar nem 1% da amostra (0,95%)
2. As NGSMIO apresentam uma relação bastante semelhante entre neoplasias malignas e benignas: 1:1,009
3. A maior parte dos pacientes diagnosticados com NGSMIO foram do sexo feminino, entre 5ª e 6ª década de vida, com idade média de 48,44 anos e a região mais acometida foi o palato
4. As NGSMIOs mais diagnosticada foram o adenoma pleomórfico (36,3%) e o carcinoma mucoepidermoide (16,9%)
5. As neoplasias menos diagnosticadas nas glândulas salivares menores intra-orais foram: carcinossarcoma, carcinoma epitelial-mioepitelial, carcinoma linfoepitelial, carcinoma secretório, carcinoma intraductal e adenoma sebáceo, com 1 diagnóstico cada um (0,14% cada)
6. Não foram diagnosticados casos de: carcinoma do ducto salivar, adenocarcinoma sebáceo, carcinoma pobremente diferenciado, carcinoma epidermoide, carcinoma oncocítico, sialoblastoma; oncocitoma, linfadenoma, adenoma sebáceo nas glândulas salivares menores intra-orais.
7. Dentre as neoplasias benignas o diagnóstico mais frequente foi bastante discrepante do restante da amostra, uma vez que dentre os oito diagnósticos de NGSMIO o adenoma pleomórfico representou 73%.
8. Os pacientes mais afetados por NGSMIO benignas foram do sexo feminino. A faixa etária mais cometida foi entre 5ª e 6ª década de vida sendo a idade mínima de 8 anos e a máxima de 93 anos e a idade média dos pacientes acometidos foi de 46,2 anos. A maior parte dos casos ocorreram em palato. A maioria das lesões se apresentaram como um nódulo cor de mucosa normal, não apresentavam aspecto radiográfico e não tinham sintomatologia. A maioria dos pacientes não fumava nem bebia. O tamanho médio das lesões foi de 2,48 cm e a duração média foi de 45,3 meses.
9. Quanto ao perfil do paciente acometido pelas NGSMIO benignas:
    a. Os pacientes acometidos por AP eram, em sua maioria, mulheres entre 3ª e 5ª década de vida, com média de idade de 43,33 anos, que não

bebiam nem fumavam. A região mais afetada foi o palato e as lesões eram caracterizadas como um nódulo, cor de mucosa normal assintomático. O tamanho médio das lesões era de 2,88 cm com duração média de 51,41 meses.

b. A maior parte dos pacientes diagnosticados com Ca eram mulheres entre 6ª e 7ª década de vida que não fumavam nem bebiam. As lesões eram preponderantemente caracterizadas como um nódulo cor de mucosa normal, assintomático. A região mais afetada foi o lábio.
c. O mioepitelioma acometeu igualmente pacientes de ambos os sexos. A maior parte dos pacientes estava entre 3ª e 5ª década de vida que não fumavam nem bebiam. As lesões foram descritas como nódulo cor de mucosa normal assintomática com tamanho médio de 2,5 cm e duração média de 29,5 meses principalmente em palato.
d. O AC foi mais diagnosticado em pacientes do sexo feminino na 6ª década de vida que não fumavam nem bebiam. A região mais acometida foi o lábio e a lesão se apresentava mais frequentemente como um nódulo cor de mucosa normal assintomático de tamanho médio de 1,55 cm e duração média de 19,35 meses.
e. Os pacientes diagnosticados com SP foram homens e mulheres na mesma proporção, na 6ª e 7ª década de vida que fumavam e bebiam. Na maior parte dos casos a lesão era um nódulo vermelho assintomático em palato com tamanho médio de 1,05cm e duração de 94,4 meses. Há um indicativo na nossa amostra quanto a possível relação entre tabagismo e etilismo e o desenvolvimento do SP
f. A maior parte dos pacientes diagnosticados com ACB foram mulheres na 3ª década de vida que não fumavam nem bebiam. A maioria das lesões era em lábio superior e se apresentavam como um nódulo, cor de mucosa normal, assintomático.
g. A maioria dos pacientes diagnosticados com PDI são mulheres na quinta década de vida. A lesão se apresentou unicamente em lábio (predominantemente inferior) as lesões tinham cerca de 0,95 cm com duração média de 63 meses.
h. As mulheres foram mais acometidas por TW, a maioria estava na 8ª década de vida. Todos os casos acometeram lábio como um nódulo

assintomático com tamanho médio de 1,175 cm e duração média de 61,5 meses.

10. Dentre as lesões malignas a mais frequente foi o carcinoma mucoepidermoide.
11. A distribuição dos diagnósticos de NGSMIO malignas parece menos polarizadas uma vez que 33,5% dos casos foram diagnosticados como Carcinoma mucoepidermoide, 25,5% Adenocarcinoma polimorfo e 19,4% Carcinoma adenoide cístico.
12. Os pacientes mais acometidos por NGSMIO malignas foram do sexo feminino e a faixa etária mais cometida foi entre 5ª e 7ª década de vida, sendo a idade média dos pacientes acometidos de 50,7 anos e a idade mínima de 9 anos e a máxima de 90 anos. A maioria dos pacientes não fumava ou bebia. A região mais afetada foi palato. A maioria dos clínicos suspeitou de alguma lesão benigna (não incluindo neoplasias de glândula salivares) e a maioria dos clínicos optou por realizar uma biópsia incisional. O aspecto clínico mais comum foi nódulo e a coloração mais comum foram de mucosa normal. A maioria não apresentava aspecto radiográfico nem sintomatologia. O tamanho médio das lesões era de 2,7 cm e a duração média foi de 24,11 meses.
13. Quanto ao perfil do paciente acometido pelas NGSMIO malignas:
    a. Os pacientes mais acometidos por CME foram mulheres entre 3ª e 5ª década de vida com pico na quarta e média de idade de 41,46 anos que não fumavam nem bebiam. A região mais acometida foi o palato. A maioria das lesões se apresentaram como um nódulo com cor de mucosa normal, sem aspecto radiográfico e assintomático. O tamanho médio foi de 2,23 cm e a duração média de 27,9 meses.
    b. A maior parte dos pacientes acometidos por AcP foram do sexo feminino na 6ª década de vida com idade média de 56,56 anos que não fumavam nem bebiam. A lesão se apresentou predominantemente como um nódulo, cor de mucosa normal, assintomático e sem aspecto radiográfico, com tamanho médio de 2,8 cm e duração média de 28,85 meses em palato.
    c. As mulheres na quinta década de vida (média 50,48 anos) que não bebiam e não fumavam foram as mais acometidas por CAC. A região mais afetada foi o palato. As lesões eram na sua maioria um nódulo cor

de mucosa normal, sem aspecto radiográfico nem sintomatologia cujo tamanho médio foi de 3,5 cm e a duração média de 11,62 meses.

d. Os pacientes mais acometidos por AcSOE foram do sexo feminino, na sétima década de vida, com média de idade de 62,9 anos que não bebiam nem fumavam. As regiões mais acometidas pelo nódulo, assintomático, com cor de mucosa normal foram mucosa jugal e palato. O tamanho médio foi de 3,33 cm e a duração média foi de 21,67 meses.
e. O CeAp acometeu mais pacientes do sexo feminino na quinta década de vida, com média de idade de 61,07 anos não fumante e não etilistas. A região mais afetada foi o palato e a lesão se caracterizou predominantemente como um nódulo, cor de mucosa normal sem aspecto radiográfico e nem sintomatologia. O tamanho médio foi de 1,96 cm e a duração média de 42,2 meses.
f. Os pacientes mais acometidos por CCA foram do sexo feminino na 3ª década de vida com média de idade de 42,6 anos que não fumavam nem bebiam. A região mais acometida foi o palato. A maior parte das lesões foi descrita com um nódulo vermelho sem aspecto radiográfico e assintomática. O tamanho médio foi de 1,48 cm e 16,11 meses de duração.
g. Todos os pacientes acometidos por CCC eram mulheres, predominantemente na oitava década de vida, com idade média de 59,25 anos que não fumavam nem bebiam. As regiões mais afetadas foram palato e mucosa jugal. A lesão foi predominantemente descrita como um nódulo, cor de mucosa normal, sem aspecto radiográfico e sem sintomatologia. O tamanho médio foi de 2,32 cm e a duração média de 14 meses
h. Somente pacientes do sexo masculino na sétima década de vida foram acometidos por CM, com idade média de 66 anos. Todos os casos foram em palato.
i. Somente pacientes do sexo feminino foram acometidos por AcCB. Um caso acometeu língua e outro palato.
j. O único paciente acometido por Css foi do sexo masculino, 71 anos. A lesão era uma úlcera, sintomática, em assoalho, vermelha e branca de 1,2 cm com 1,5 mês de duração.

k. O único caso de CEM foi de uma paciente do sexo feminino 50 anos, em palato duro. A lesão era um nódulo, vermelho, assintomático em palato duro e tinha uma duração de 60 meses. A paciente não fumava nem bebia.
l. O único paciente diagnosticado com Cid foi do sexo masculino, 58 anos, não fumante, porém etilista. A lesão consistia de um nódulo, assintomático, cor de mucosa normal em lábio inferior de 1 cm com duração de 4 meses.
m. O único caso de CL foi diagnosticado em uma paciente do sexo feminino, 65 anos. Era uma lesão em mucosa jugal, assintomática de 6 cm com 36 meses de duração.
n. O único caso de CS foi diagnosticado em uma paciente do sexo feminino de 27 anos que não fumava nem bebia, com um nódulo, assintomático, vermelho em palato duro de 0,8 cm e 6 meses de duração.

14. Quanto a dados clínicos que podem refletir uma maior predominância para neoplasias benignas ou malignas:
    a. Em pacientes entre a quarta e a sexta década não é possível notar uma maior frequência entre neoplasias benignas e malignas, no entanto, na primeira, sétima, oitava e nona décadas nota-se um maior acometimento por neoplasias malignas enquanto na segunda, terceira e décima há uma predominância das neoplasias benignas.
    b. As pacientes do sexo feminino apresentam mais neoplasias de glândula salivares, e estas pacientes apresentam uma tendência a apresentarem neoplasias malignas, enquanto os pacientes do sexo masculino apresentam uma tendência a neoplasias benignas.
    c. Algumas regiões são mais propensas às neoplasias malignas como: língua, região retromolar, assoalho bucal e mucosa jugal; enquanto outras apresentam uma frequência muito próxima entre neoplasias benignas e malignas como lábio inferior, palato e fundo de sulco; e regiões como lábio não especificado e lábio superior tem uma tendência maior a neoplasias benignas.
    d. As lesões ulceradas e manchas tem uma maior chance de serem malignas, enquanto as bolhas tem uma maior chance de serem

benignas e os nódulos tem chances semelhantes de serem malignos ou benignos.

e. As lesões enegrecidas foram exclusivamente malignas, leões brancas, vermelhas e roxas têm uma tendência maior para malignidade, as amarelas têm uma distribuição semelhante entre benignas e malignas e as lesões com cor de mucosa normal tendem a ser mais benignas.
f. A maioria das neoplasias ocorreu em pacientes não tabagistas e não etilistas.
g. As lesões sintomáticas têm maior tendência a serem malignas e as assintomáticas benignas
h. Lesões até 6 cm tem uma tendência semelhante a serem benignas ou malignas e lesões maiores de 7 cm uma maior tendência a malignidade.
i. Lesões com até 6 meses de duração têm maior possibilidade de ser maligna, de 7 a 36 meses de evolução há uma chance relativamente semelhante de se tratar de uma neoplasia benigna ou maligna e passando de 36 meses de duração, a chance de a neoplasia ser benigna aumenta, principalmente após os 120 meses.

REFERÊNCIAS[1]

1. Regezi J, Sciubba J, Jordan R. Patologia Oral correlações clinicopatológicas. 6ª ed.Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. 407 p.

2. 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. 2017mar; 46(3):343–9. doi: 10.1016/j.ijom.2016.09.021.

3. Tian Z, Li L, Wang L, Hu Y, Salivary JL. 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. [Internet]. 2010 mar [citado 20 out. 2019]; 39(3):235–42. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2009.10.016

4. Collazo-fernández L, Campo-trapero J, Cano-sánchez J, García-martín R. Retrospective study of 149 cases of salivary gland carcinoma in a Spanish hospital population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017 mar;22(2):e207-13. doi: 10.4317/medoral.21419

5. Woo S-B. Atlas de Patologia Oral. 1ª ed. RIo de Janeiro: Elsevier; 2013. 456 p.

6. Kruse ALD, Grätz KW, Obwegeser JA, Lübbers H. Malignant minor salivary gland tumors : a retrospective study of 27 cases. Oral Maxillofac Surg. 2010 Dec; 14(4):203–9. doi: 10.1007/s10006-010-0217-x.

7. Larsen M, Yamada KM, Musselmann K. Systems analysis of salivary gland development and disease. Wiley Interdiscip Rev Syst Biol Med. 2010 nov-dec; 2(6):670-82. doi: 10.1002/wsbm.94.

8. Fonseca FP, Carvalho DV, Almeida OP De, Carrinho L, Rangel A, Caname M, et al. Clinicopathologic analysis of 493 cases of salivary gland tumors in a Southern Brazilian population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. [Internet]. 2012 Aug [citado 20 out. 2019];114(2):230-9. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2012.04.008.

9. Wang X, Meng L, Hou T, Huang S. Tumours of the salivary glands in

northeastern China : a retrospective study of 2508 patients. Br J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2015 feb [citado 20 out. 2019];53(2):132–7. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2014.10.008.

10. Gbenga O, Olujide O, Soyele O, Butali A, Olaitan A, Dickson A, et al. Descriptive epidemiology of salivary gland neoplasms in Nigeria : An AOPRC multicenter tertiary hospital study. Oral Dis. 2019 Jan;25(1):142-149. doi: 10.1111/odi.12956.

11. Saghravanian N, Ghazi N, Saba M. Annals of Diagnostic Pathology Clinicopathologic evaluation of salivary gland neoplasms : a 38-year retrospective study in Iran. Ann Diagn Pathol [Internet]. 2013 Dec [citado 20 out. 2019];17(6):522–5. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2013.05.008

12. Adelstein DJ, Koyfman SA, El-naggar AK, Hanna EY. Biology and Management of Salivary Gland Cancers. Semin Radiat Oncol. [Internet]. 2012 Jul; [citado 20 out 2019] 22(3):245–53. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.semradonc.2012.03.009

13. Wang X, Meng L, Hou T, Zheng C. Frequency and Distribution Pattern of Minor Salivary Gland Tumors in a Northeastern Chinese Population : A Retrospective Study of 485 Patients. J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2015 Jan [citado 20 out. 2019]; 73(1):81–91. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.joms.2014.08.019

14. Ito FA, Ito K, Vargas PA, Almeida OP de, Lopes MA. Salivary gland tumors in a Brazilian population : a retrospective study of 496 cases. Int J Oral Maxillofac Surg. 2005 Jul;34(5):533-6. doi: 10.1016/j.ijom.2005.02.005.

15. Lukšić I, VIrag M, Manojlović S, Macan D. Salivary gland tumours : 25 years of experience from a single institution in Croatia. J Craniomaxillofac Surg. 2012 Apr;40(3):e75-81. doi: 10.1016/j.jcms.2011.05.002. Epub 2011 Jun 8.

16. 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 Jul;104(1):94–100.

17. Abrahão AC, Santos Netto J de N, Pires FR, Santos TC, Cabral M. Clinicopathological characteristics of tumours of the intraoral minor salivary glands in 170 Brazilian patients. Br J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2016 Jan [citado 20 out 2019];54(1):30–4. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2015.10.035

18. Hay AJ, Migliacci J, Karassawa Zanoni D, McGill M, Patel S, Ganly I. Minor Salivary Gland Tumors of the Head and Neck — Memorial Sloan Kettering Experience : Incidence and Outcomes by Site and Histological Type. Cancer. 2019 Oct 1;125(19):3354-3366. doi: 10.1002/cncr.32208.

19. Cawson RA, Odell EW. Fundamentos básicos de patologia e medicina oral.8ª ed. São Paulo: Santos; 2013. 494 p.

20. da Silva LP, Serpa MS, Viveiros SK et al. Salivary gland tumors in a Brazilian population : A 20-year retrospective and multicentric study of 2292 cases J Craniomaxillofac Surg. 2018 Dec;46(12):2227-2233. doi: 10.1016/j.jcms.2018.09.028.

21. Al-khateeb TH, Ababneh KT. Salivary tumors in north Jordanians : A descriptive study. Oral Surg Oral med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007 May;103(5):e53-9.

22. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. 972 p.

23. Bradley PJ, Mcgurk M. Incidence of salivary gland neoplasms in a defined UK population. Br J Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2013 Jul [citado 20 out. 2019]; 51(5):399–403. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2012.10.002

24. Yih WY, Kratochvil FJ, Stewart JC. Intraoral Minor Salivary Gland Neoplasms : Review of 213 Cases.J Oral Maxillofac Surg. 2005 Jun;805–10.

25. Pires FR, Pringle GA, de Almeida OP, Chen SY. Intra-oral minor salivary gland tumors : A clinicopathological study of 546 cases. Oral Oncol. 2007 May;43(6) 463–70.

26. 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 Apr;36(4):207-14.

27. Dhanuthai K, Boonadulyarat M, Jaengjongdee T, Jiruedee K. A clinico-pathologic study of 311 intra-oral salivary gland tumors in Thais. J Oral Pathol Med 2009 Jul;38(6)495–500. doi: 10.1111/j.1600-0714.2009.00791.x.

28. Jones AV, Craig GT, Speight PM, Franklin CD. The range and demographics of salivary gland tumours diagnosed in a UK population. Oral Oncol. 2008 Apr; 44(4):407–17.

29. El-Naggar AL, CHan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootwag PJ (eds): WHO Classification of Head ans Neck Tumors. 4ª ed. Lyon: IARC; 2017. 347p.

30. Lennon P, Silvera VM, Perez-atayde A, Cunningham MJ, Rahbar R. Disorders and tumors of the salivary glands in children. Otolaryngol Clin North Am. [Internet]. 2015 Feb [citado 20 out. 2019];48(1):153–73. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.otc.2014.09.011

31. 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 Jul; 34(5)528–32.

32. Wang X, Luo Y, Li M, Yan H, Sun M, Fan T. Management of salivary gland carcinomas - a review. Oncotarget. 2017 Jan;8(3):3946–56. doi: 10.18632/oncotarget.13952.

33. Jansisyanont P, Jr Blanchaert RH, Ord RA. Intraoral minor salivary gland neoplasm : a single institution experience of 80 cases. Int J Oral Maxillofac Surg. 2002 Jun;31(3)257–61.

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE ODONTOLOGIA USP - SÃO PAULO

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Levantamento epidemiológico de tumores de glândula salivar do serviço de patologia oral da FOUSP

Pesquisador: Suzana Cantanhede Orsini Machado de Sousa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73011617.7.0000.0075

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.253.937

Apresentação do Projeto:

Este levantamento visa avaliar o perfil clínico-patológico das neoplasias de glândulas salivares do serviço de patologia cirúrgica da FOUSP nos últimos 20 anos. Serão levantados casos de neoplasias benignas e malignas. Será realizado um estudo retrospectivo de casos diagnosticados como neoplasias, tanto benignas como malignas localizadas nas glândulas salivares menores e maiores do Serviço de Anatomia Patológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Os dados serão tabulados usando o Software (SPSS), versão 16.0 e serão apresentados descritivamente. A análise descritiva será feita utilizando frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, além das medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas. Estas variáveis serão comparadas pelos teste t (desde que confirmada a normalidade na distribuição das variáveis a partir do teste de Shapiro-Wilk), respectivamente, entre os grupos. Os dados numéricos paramétricos serão apresentados em média e desvio padrão, e os dados não paramétricos, em mediana e valores mínimo e máximo.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo desse projeto é avaliar o perfil clínico-patológico das neoplasias de glândulas salivares do serviço de patologia cirúrgica da FOUSP durante 20 anos

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são minimos já que o trabalho será realizado com fichas do arquivo e lâminas arquivadas, quando necessário.

Benefícios:

Com os dados dessas lesões tabulados podemos ter uma melhor visão de qual é o perfil dos pacientes acometidos por essas neoplasias, podendo futuramente encontrar meios para preveni-las e melhor trata-las.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo presente vem contribuir para o controle das estatísticas da identificação das patologias existentes nas glândulas salivares dos pacientes tratados no Serviço de Patologia Cirúrgica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo durante 20 anos. O levantamento chegará a 616 casos o que contribuirá em dados relevantes para a identificação das lesões estudadas com o objetivo de melhor classificar o perfil epidemiológico destes pacientes. Os resultados podem ser representativos dos brasileiros acometidos por essas lesões.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar Notificação" (descrita no Manual "Submeter Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site www.saude.gov.br/plataformabrasil).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

FACULDADE DE ODONTOLOGIA USP - SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 2.253.937

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_871630.pdf	03/08/2017 11:18:44		Aceito
Outros	Autorizacao.pdf	26/06/2017 14:52:04	Stephanie Kenig Viveiros	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_comite.docx	26/06/2017 14:49:01	Stephanie Kenig Viveiros	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	26/06/2017 13:47:00	Stephanie Kenig Viveiros	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 01 de Setembro de 2017

Assinado por:
Maria Gabriela Haye Biazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br