



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA

ADRIANNE CAROLINE PEREIRA DOS SANTOS LIMA

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DO CARCINOMA  
MUCOEPIDERMÓIDE: RELATO DE CASO**

SÃO LUÍS - MA

2023

**ADRIANNE CAROLINE PEREIRA DOS SANTOS LIMA**

**IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DO CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE:  
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, como pré-requisito para obtenção de grau de Cirurgião-Dentista.

**Orientadora: Profa. Dra. Erika Martins Pereira.**

Coorientadora: Laís Inês Silva Cardoso.

SÃO LUÍS - MA

2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Lima, Adrienne Caroline Pereira dos Santos.  
Importância do Diagnóstico do Carcinoma  
Mucoepidermóide: Relato de Caso / Adrienne Caroline  
Pereira dos Santos Lima. - 2023.  
39 f.

Coorientador(a): Laís Inês Silva Cardoso.  
Orientador(a): Érika Martins Pereira.  
Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão,  
São Luís, 2023.

1. Carcinoma Mucoepidermóide. 2. Diagnóstico  
Diferencial. 3. Neoplasia das Glândulas Salivares. I.  
Cardoso, Laís Inês Silva. II. Pereira, Érika Martins.  
III. Título.

Lima, ACPS. **Importância do Diagnóstico do Carcinoma Mucoepidermóide: Relato de Caso.** Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão como pré-requisito para obtenção do grau de Cirurgiã-Dentista.

Monografia apresentada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Érika Martins Pereira  
(Orientadora)

---

Profa. Dra. Fernanda Ferreira Lopes  
(Titular)

---

Prof. Dr. Evandro Portela Figueiredo  
(Titular)

---

Prof. Dr. José Ribamar Sabino Bezerra Júnior  
(Suplente)

Dedico esse Trabalho de Conclusão de Curso à minha mãe Marta (*in memoriam*), cujo empenho em me educar sempre veio em primeiro lugar. Aqui estão os resultados dos seus esforços.

## AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiro lugar, pois até aqui nos ajudou o Senhor. Se hoje estou onde estou é porque o Senhor tem me guiado, me carregado no colo e tem estado ao meu lado atravessando todos os obstáculos.

A minha mãe Marta (*in memoriam*). Mãe, a senhora foi e sempre será o meu maior exemplo de vida, se hoje eu estou aqui é porque a senhora batalhou todos os dias, de domingo a domingo, para que eu tivesse a oportunidade de somente estudar. Mesmo de longe, a senhora tem contribuído para que eu vencesse mais uma etapa da minha vida. Sei o quanto a senhora queria estar aqui, sei o quanto a senhora sonhou esse sonho comigo. Eu voltei pela senhora e hoje concluo essa etapa pela senhora também. Espero que esteja orgulhosa, pois é pra ti, mãe. Por você eu vou.

Ao meu avô Gabriel (*in memoriam*). Vô, eu caprichei tanto que vou formar! Obrigada por me encorajar a ser grande todos os dias.

Ao meu paiadrasto, Wcleudes, que me adotou como filha e têm me incentivado, desde o ensino médio, a nunca desistir dos meus sonhos. A palavra obrigada nunca vai ser o suficiente para agradecer por tudo que você faz por mim.

Ao meu pai (*in memoriam*), que mesmo distante, sempre me ensinou que a educação muda a vida das pessoas. Obrigada por me apresentar ao mundo dos livros e por me fazer acreditar que eu poderia chegar onde eu quisesse.

A minha família, que é a minha base, parte deste sonho também é sonho deles. Obrigada por estarem ao meu lado sempre. Agradeço em especial às minhas tias Ângela e Aldineia, por me incentivarem a voltar para a universidade e por me ensinarem a ser forte, independente das circunstâncias.

Ao meu marido, Cláudio Filho, por ser o meu melhor amigo, por acreditar em mim e no meu potencial e por ser o meu maior incentivador. Obrigada por sonhar comigo, por ser o meu porto seguro, por estar ao meu lado sempre, pela paciência, carinho e amor que só tu tem. Sem você eu não teria chegado até aqui.

Obrigada a Dona Antônia, Samay e Seu Cláudio, por formarem comigo e Claudinho a família buscapé. Vocês são a minha segunda família, agradeço a Deus todos os dias pela vida de vocês. Sem o apoio de vocês nada disso seria possível.

A Gabi, Gabyzinha e Karol, por torcerem por mim e vibrarem com minhas conquistas. Passar por essa vida com vocês ao meu lado é muito mais fácil.

As minhas amigas da odonto, Marcela, Fernanda C, Natália, Fernanda P, Maryana e Talita. Obrigada meninas por serem o cuidado de Deus comigo. Dividir todos esses anos com vocês fez com que a caminhada fosse mais leve. E um agradecimento especial à minha dupla Natália, queria ter te encontrado muito antes. Obrigada por todo conhecimento compartilhado comigo e por acreditar em mim, até mais do que eu mesma. Eu tô anotando todas as dicas, amiga. Amo você.

Por fim, agradeço a todos os professores e professoras do curso de Odontologia da UFMA, por todo conhecimento compartilhado, puxões de orelha e carinho que recebi em todos esses anos. Em particular, agradeço à minha Orientadora Érika Pereira, por ter sido uma das primeiras professoras a acreditar no meu potencial, por me incentivar a crescer e por sempre estar disposta a me ensinar e me dar conselhos sobre a vida e sobre odontologia.

## SUMÁRIO

RESUMO	7
REFERENCIAL TEÓRICO	8
1.1 Histologia e Anatomia das Glândulas Salivares	8
1.2 Neoplasias das Glândulas Salivares	9
1.3 Métodos de Diagnóstico	10
1.4 Diagnóstico Diferencial	11
1.5 Carcinoma Mucoepidermóide	11
1.6 Tratamento de Neoplasias das Glândulas Salivares	13
ARTIGO CIENTÍFICO	14
RESUMO	15
ABSTRACT	16
INTRODUÇÃO	17
RELATO DE CASO	19
DISCUSSÃO	23
CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXO A – Normas da Revista	31
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	38

## RESUMO

O Carcinoma Mucoepidermóide é a segunda neoplasia mais comum das glândulas salivares, apresenta uma leve predileção pelo sexo feminino e ocorre entre a segunda e quinta década de vida. Quando acomete as glândulas salivares menores se apresenta mais no palato. Caracteriza-se como uma lesão indolor, com um edema de crescimento lento, persistente e de consistência mole. Contudo, também pode apresentar dor e secreção purulenta com infecção secundária. Outras características como ulceração, reabsorção de osso subjacente, mobilidade dentária, massa endurecida/firme, podem estar presentes em um estágio avançado da doença. Hoje existe uma variedade de neoplasias malignas que afetam as glândulas salivares, que se diferenciam a partir do comportamento clínico e classificação histológica, o seu diagnóstico inicial correto possibilita ao indivíduo um prognóstico favorável, assim como permite que a neoplasia seja classificada de forma correta e tenha tratamento apropriado. O objetivo deste trabalho é descrever as características clínicas, os exames realizados para o diagnóstico da lesão, os possíveis diagnósticos diferenciais e o tratamento através de um relato de caso clínico de uma paciente, 40 anos, sexo feminino, que apresentou uma lesão de no palato duro, de forma ovóide e assintomática. De acordo com as características clínicas da lesão optou-se por realizar a biópsia incisional e o exame histopatológico para o diagnóstico conclusivo. O histopatológico revelou fragmento de neoplasia composta por cordões e ilhas de células epidermóides e intermediárias, entremeadas a esta nota-se células mucosas e pequenos ductos. Em pequenas áreas são observadas mitoses atípicas. Dessa forma, revelando o diagnóstico de carcinoma mucoepidermóide. Devido a variedade das neoplasias das glândulas salivares, enfatiza-se a importância do correto diagnóstico, assim como o adequado manejo da lesão. Além disso, é importante ressaltar que as lesões presentes na cavidade bucal devem ser analisadas partindo de uma boa anamnese, pois muitas vezes essas lesões podem ser confundidas com lesões benignas, assim como, muitas vezes o paciente não nota a presença da lesão, sendo o histopatológico a maneira segura de se chegar ao diagnóstico definitivo.

Palavras-chave: Carcinoma Mucoepidermóide, Neoplasia das Glândulas Salivares, Diagnóstico Diferencial.

## REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1 Histologia e Anatomia das Glândulas Salivares

O desenvolvimento das glândulas salivares se inicia entre a 4<sup>a</sup> e a 12<sup>a</sup> semana embrionária. Inicialmente, o epitélio bucal primitivo e o mesênquima subjacente interagem e após etapas complexas, dinâmicas e proliferativas, de polarização e morte celular, bem como migração e diferenciação de células, a arquitetura glandular será formada. Após o nascimento, as glândulas salivares continuam se desenvolvendo e alcançam a maturação funcional (**Holmberg K.V., Hoffman M.P., 2014**). As glândulas salivares (GS) produzem e secretam fluidos digestivos ou fluidos ricos em proteínas. Se dividem em glândulas salivares maiores (glândulas parótidas, submandibulares e sublinguais) e glândulas salivares menores que se encontram distribuídos na cavidade bucal incluindo palato, língua, assoalho da boca, região retromolar e lábios (**Porcheri, C., Mitsiadis T.A., 2019**).

As três maiores GS possuem praticamente a mesma arquitetura anatômica: estrutura ductal arborizada que se abre na cavidade bucal com extremidades secretoras, os ácinos, que produzem a saliva. A saliva se diferencia antes que seja excretada na boca dependendo do seu ducto secretor. A parótida possui o ducto de Stensen, que é o seu ducto principal. A glândula submandibular possui o ducto de Wharton, enquanto que a glândula sublingual possui pequenos ductos chamados de ductos de Rivinus e um ducto comum, que é o ducto de Bartholin, que se conecta ao ducto de Wharton na carúncula sublingual (**Holmberg K.V., Hoffman M.P., 2014**).

As GS menores são numerosas (entre 600 a 1000 glândulas) e se encontram por quase toda a cavidade bucal. Elas estão localizadas na submucosa, rodeadas por tecido conjuntivo ou justaposta entre as fibras musculares. Possuem de 1 a 5 mm de diâmetro e não têm cápsulas verdadeiras (**Aframian, D.J. et al., 2019**).

### 1.2 Neoplasias das Glândulas Salivares

A classificação dos tumores de glândula salivar compreende uma grande lista de neoplasias benignas e malignas. Os tumores benignos possuem a maioria das características celulares que são consideradas como características de tumores malignos, como proliferação aumentada, evasão de supressores de crescimento, evasão de morte celular programada e destruição imunológica ou energia celular desregulada, talvez a única exceção seria a capacidade de invadir vasos e metastizar (**Patel A. 2020; Skálová, A., Hycza, MD, Leivo, I. 2022, Marino-Enriquez e Fletcher, 2014**).

Em 1971, a Organização Mundial da Saúde criou a primeira edição da classificação de tumores de cabeça e pescoço e desde então, já foram realizadas 5 atualizações dessa classificação. O objetivo era desenvolver um padrão internacional para a classificação dos tumores, para que os patologistas pudessem compreender as características dessas lesões e serem capazes de realizar um diagnóstico correto (**Speight, P.M., Takata, T. 2018**).

Os tumores das GS são incomuns, mas não são raros. Eles representam 1% a 5% de todas as neoplasias de cabeça e pescoço. Destes, 75% a 85% são encontrados nas glândulas salivares maiores e 10% a 20% nas glândulas salivares menores, com uma proporção de 5:1. A incidência anual mundial para todos os tipos de tumores de GS encontram-se entre 0,4 e 13,5 casos/100.000. Contudo, a incidência de neoplasias malignas é maior nas glândulas salivares menores. Quanto menor a glândula maior a chance de ter uma neoplasia maligna (**Sardar M.A., Ganvir S.M., Hazarey V.K. 2018**).

Os fatores de risco para os cânceres de glândulas salivares são ainda desconhecidos. No entanto, algumas hipóteses são listadas como utilização de radiação ionizante, contaminação por uso de borracha ou níquel (principalmente em pessoas que trabalham em indústrias), pacientes com meduloblastomas também possuem um risco de desenvolver neoplasias de glândulas salivares (**Ettl, T. et al., 2012**)

As neoplasias das GS possuem características histológicas e comportamento biológico diversos, e devido a essa variabilidade, o diagnóstico se torna desafiador. Geralmente os tumores malignos se apresentam após a 6ª década de vida, enquanto que as lesões benignas se apresentam na 4-5ª década de vida. Lesões malignas ocorrem com igual frequência em ambos os sexos e a maioria dos tumores ocorre na parótida, seguida da glândula mandibular e glândulas salivares menores. As lesões que acometem a glândula parótida comumente são benignas, enquanto as que ocorrem na glândula submandibular e nas glândulas salivares menores possuem maior probabilidade de serem malignas (**Alsanie, I. et al., 2022**).

### **1.3 Métodos de Diagnóstico**

O correto diagnóstico de um carcinoma de glândula salivar é um importante preditor de sobrevida, pois pode diminuir o risco de metástase e fornecer informações para a escolha de uma terapia mais assertiva e eficaz (**Ettl, T. et al., 2012**). O risco de disseminação dessas neoplasias varia de 15% a 80% em 5 anos, e essa disseminação é influenciada pelo tipo e estágio do tumor subjacente. Contudo, determinar esses fatores e prosseguir para um tratamento efetivo depende de uma variedade de aspectos como adequada avaliação do

paciente, resultados de imagem, tipo e características histopatológicas e biomarcadores moleculares (Gillespie, M. B. et al. 2012).

As neoplasias das glândulas salivares apresentam um amplo espectro morfológico, com mais de 20 subtipos de neoplasias malignas, fazendo com que o diagnóstico seja um desafio para os patologistas (Lavareze, L. et al. 2022). Dessa forma, o diagnóstico dessas patologias necessita por vezes de procedimentos complementares mais invasivos como punção aspirativa por agulha fina e a biópsia incisional que permite um exame histopatológico mais detalhado (Rodriguez, C. P. et al. 2015). Contudo, por vezes, o diagnóstico a partir da aspiração por agulha fina torna-se desafiador devido às características citomorfológicas sobrepostas entre tumores benignos e malignos (Oh, J. et al. 2022).

Outro método auxiliar no diagnóstico das neoplasias de glândulas salivares é usando exame imuno-histoquímico (IHQ) e técnicas moleculares nas peças removidas através das biópsias. Os marcadores IHQ irão auxiliar na visualização dos compartimentos celulares e populações celulares, tornando mais assertiva a classificação do tumor. Já os testes moleculares, apesar de seu uso não ser tão acessível, podem mostrar alterações genéticas que são encontradas em tumores salivares (Skálová, Alena et al., 2018).

Os exames de imagem também são importantes aliados no diagnóstico das neoplasias de glândulas salivares e têm sido muito utilizados quando o tumor se encontra em uma localização incomum ou quando há relutância por parte do paciente em realizar a aspiração por agulha fina (Liu, Y. et al., 2015). A biópsia aspirativa com agulha fina guiada por ultrassonografia é um dos métodos mais utilizados para distinguir uma lesão benigna de uma lesão maligna. Outra modalidade é a tomografia computadorizada (TC), porém é utilizada com menor frequência, além do uso do radiografias e ressonância nuclear magnética (RNM), sendo esse último cada vez mais prevalente no diagnóstico e planejamento pré-operatório (Eravci, F. C. et al., 2020).

#### **1.4 Diagnóstico Diferencial**

A maioria dos tumores de glândulas salivares são benignos e afetam mais as glândulas salivares maiores. Os tumores benignos mais comuns são o adenoma pleomórfico (representando cerca de 70%), seguido pelo tumor de Warthin (17%) e adenoma basocelular (3%). Já os tumores malignos que aparecem com mais frequência são o carcinoma epidermóide, respondendo por 26% dos diagnósticos malignos, seguido por carcinoma adenóide cístico (17%) e adenocarcinoma polimorfo (12%) (Alsanie, I. et al., 2022).

Os tumores malignos salivares equivalem a quase 5% das neoplasias de cabeça e pescoço. Além disso, esses tumores apresentam taxas de incidência e prevalência divergentes, dependendo do local de envolvimento. As neoplasias malignas que surgem nas glândulas parótidas equivalem a 15-35%, seguido pela glândula submandibular, que constitui 41-45% dos casos. Nas glândulas sublinguais 70-90% dos tumores são malignos. Por outro lado, quase metade dos tumores que acometem as glândulas salivares menores são malignos (**Dos Santos, E. S. et al., 2021**).

Do ponto de vista clínico, os tumores malignos se apresentam como uma massa palpável indolor e não podem ser diferenciados dos tumores benignos. Sintomas como crescimento rápido, dor, envolvimento do nervo facial e linfadenopatia são sinais que sugerem malignidade (**Ettl, T. et al., 2012**).

### **1.5 Carcinoma Mucoepidermóide**

Em 1945, o Carcinoma Mucoepidermóide (CME) foi descrito pela primeira vez como uma entidade patológica. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou-o em 1990 como uma neoplasia maligna, e com o passar dos anos, o CME tem sido tumor maligno mais comum das glândulas salivares, representando 10 a 15% de todas as neoplasias de glândulas salivares e 30% de todas as malignidades salivares (**Peraza et al., 2020; GILL, S. et al. 2018**). Foi definido pela OMS como “uma neoplasia epitelial glandular maligna caracterizada por células mucosas, intermediárias e epidermóides, com características colunares, de células claras e oncocitóides” (**Coca-Pelaz, A. et al., 2014**).

O CME geralmente se apresenta como uma massa indolor, variadamente fixa, emborrachada ou mole. Por vezes, os tumores podem aparecer como um inchaço azul-avermelhado simulando uma mucocele ou tumor vascular, devido à sua localização superficial. O osso cortical palatino ou retromolar subjacente podem sofrer erosão. Além disso, os sintomas mais comuns são inchaço (93%), dor (27%), úlcera (18%), infiltração (15%), descoloração (13%), flutuação (4%) e paresia facial (2%). Os casos presentes nas glândulas sublinguais podem ser bem dolorosos, mesmo pequenos, assim como geralmente se apresentam mais cedo, pois são mais propensos a apresentar sintomas quando comparados a tumores parotídeos ou submandibulares (**Coca-Pelaz, A. et al., 2014**).

O CME é classificado histologicamente a partir de um sistema de três níveis em baixo, intermediário e alto grau, tendo como base características como: invasão perineural, invasão angiolinfática, necrose coagulativa, alta taxa mitótica, componente cístico < 20%,

anaplasia e padrão de crescimento infiltrativo. Além disso, o CME é caracterizado como uma translocação específica dos cromossomos 11q e 19p resultando na fusão dos genes MECT1 e MAML2. Atualmente, quase 400 fusões de genes foram identificadas em cânceres humanos, sendo responsável por 20% dos mesmos, incluindo o carcinoma mucoepidermóide **(Bell D., El-Naggar A.K., 2013)**.

O diagnóstico de CME é baseado em exames histopatológicos e imunohistoquímicos. Histopatologicamente, o CME apresenta predominância de células mucosecretoras, intermediárias e epidermóides, o seu grau é definido em baixo, intermediário ou alto, a partir da quantidade dessas células presentes no exame histopatológico **(Gill et al., 2018)**.

Essa neoplasia pode afetar as três principais glândulas salivares maiores - parótida, submandibular e sublingual - assim como se manifestar em glândulas salivares menores. Quando acomete as glândulas salivares menores, o sítio mais afetado é o palato **(Devaraju et al., 2014)**. A etiologia da doença é incerta, embora a sua etiopatogenia esteja vinculada ao uso de radiação ionizante **(Santos et al., 2012)**. O CME pode estar presente em uma ampla distribuição etária, com leve predileção pelo sexo feminino, e é a neoplasia mais comum em crianças e adultos jovens, com pico de incidência na segunda década de vida **(Sama, S. et al., 2022)**.

O prognóstico do carcinoma mucoepidermóide em adultos possui uma taxa de sobrevida de aproximadamente 5 anos de 98,8%, quando diagnosticado em baixo grau, 97,4% em grau intermediário e cerca de 67% para tumores de alto grau. Devido o CME ser relativamente raro, com características variáveis, opiniões divergentes surgem sobre o plano de tratamento. Assim como os outros tumores de glândula salivar, a ressecção cirúrgica com margens livres de doença é o tratamento base para o CME. Quando existe invasão perineural, comprometimento dos linfonodos, diagnóstico de alto grau, margens positivas após a cirurgia e extensão extraglandular, a radioterapia é recomendada. Ademais, a quimioterapia combinada também pode ser indicada, como também o uso de terapias sistêmicas para o tratamento paliativo de alívios de sintomas relacionados ao câncer ou ao rápido avanço da doença **(Sama, S. et al. 2022)**.

### **1.6 Tratamento de Neoplasias das Glândulas Salivares**

A cirurgia é o tratamento de primeira escolha para essas neoplasias. As modalidades cirúrgicas convencionais como sialoadenectomia total e a parotidectomia superficial total, são indicados para tumores benignos localizados na glândula submandibular e no lobo superficial

da glândula parótida, respectivamente. Já quando existem lesões malignas, a cirurgia oncológica preza por conservar órgãos ou tecidos funcionais o máximo possível, mas seguindo a base de erradicação do tumor **(Yu, G., Peng, X., 2019)**.

As técnicas cirúrgicas de tumores malignos vão mudando de acordo com a glândula afetada. O tratamento para carcinoma de glândulas salivares menores se assemelha ao tratamento para carcinoma de células escamosas orais, que é tratamento cirúrgico com auxílio, se necessário, de radioterapia ou quimioterapia. Quando atinge glândulas submandibulares, as lesões são removidas em bloco com a glândula afetada, muitas vezes exigindo ressecção da pele, músculos e nervos circundantes, preservando ao máximo os nervos facial, hipoglosso e lingual. Na parótida os procedimentos precisam ser realizados em uma única sessão, pois cirurgias secundárias podem causar lesões nervosas. O tratamento de escolha geralmente é a parotidectomia total ou subtotal conservadora com preservação de todos os ramos do nervo facial **(Ettl, T. et al. 2012)**.

Na presença de doença metastática ou recorrente inoperável localmente avançada, o tratamento sistêmico é a terapia de escolha. O uso de quimioterapia possui uma resposta durável limitada. Dessa forma, houve a necessidade de implementar o uso de agentes moleculares, que concentram-se em alvos específicos de proteínas e vias moleculares. Contudo, os ensaios clínicos que introduzem novas técnicas de terapia às neoplasias de glândulas salivares são escassos **(Cleymaet, R. et al. 2022)**.

## ARTIGO CIENTÍFICO

### IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DO CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE: RELATO DE CASO

Adrienne Caroline Pereira dos Santos Lima<sup>1</sup>, Erika Martins Pereira<sup>2</sup>, Laís Inês Silva  
Cardoso <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão - UFMA  
Telefone: (98) 99149-6032; Email: [caroline.adrienne@discente.ufma.br](mailto:caroline.adrienne@discente.ufma.br)

<sup>2</sup> Doutora em Patologia Bucal e Professora Adjunta do Curso de Odontologia da  
Universidade Federal do Maranhão - UFMA  
Telefone: (98) 98206-1444; Email: [erika.mp@ufma.br](mailto:erika.mp@ufma.br)

<sup>3</sup> Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Universidade Federal  
do Piauí. Telefone: (98) 98293-9959; Email: [laisinescardoso@gmail.com](mailto:laisinescardoso@gmail.com)

## RESUMO

Cânceres de glândula salivar são muito diversificados, apesar de afetarem um grupo comum de glândulas salivares, eles se diferenciam a partir de seu comportamento clínico. O Carcinoma Mucoepidermóide é a segunda neoplasia mais comum das glândulas salivares, apresenta uma leve predileção pelo sexo feminino e ocorre entre a segunda e quinta década de vida. Quando acomete as glândulas salivares menores se apresenta mais no palato. O objetivo deste trabalho é descrever um caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 40 anos, apresentando uma lesão de forma ovóide, assintomática, com um edema, persistente e de consistência firme. De acordo com as características clínicas da lesão optou-se por realizar a biópsia incisional e o exame histopatológico para o diagnóstico conclusivo. O histopatológico revelou fragmento de neoplasia composta por cordões e ilhas de células epidermóides e intermediárias, entremeadas a esta nota-se células mucosas e pequenos ductos. Em pequenas áreas são observadas mitoses atípicas. Dessa forma, revelando o diagnóstico de carcinoma mucoepidermóide. Devido a variedade das neoplasias das glândulas salivares, enfatiza-se a importância do correto diagnóstico, assim como o adequado manejo da lesão. Além disso, é importante ressaltar que as lesões presentes na cavidade bucal devem ser analisadas partindo de uma boa anamnese, pois muitas vezes essas lesões podem ser confundidas com lesões benignas, assim como, muitas vezes o paciente não nota a presença da lesão, sendo o histopatológico a maneira segura de se chegar ao diagnóstico definitivo.

Palavras-chave: Carcinoma Mucoepidermóide, Neoplasia das Glândulas Salivares, Diagnóstico Diferencial.

## ABSTRACT

Salivary gland cancers are very diverse, despite affecting a common group of salivary glands, they differ based on their clinical behavior. Mucoepidermoid Carcinoma is the second most common neoplasm of the salivary glands, has a slight predilection for females and occurs between the second and fifth decade of life. When the minor salivary gland occurs, it is present more on the palate. The objective of this work is to describe a clinical case of a female patient, 40 years old, presenting an ovoid, asymptomatic lesion, with edema, persistent and of firm consistency. According to the clinical characteristics of the lesion, it was decided to perform an incisional biopsy and histopathological examination for a conclusive diagnosis. The histopathology revealed a neoplasm fragment composed of cords and islands of epidermoid and mutant cells, interspersed with this one, mucous cells and small ducts can be seen. In small areas, atypical mitoses are observed. Thus, revealing the diagnosis of mucoepidermoid carcinoma. Due to the variety of salivary gland neoplasms, the importance of correct diagnosis is emphasized, as well as adequate management of the lesion. In addition, it is important to highlight that the lesions present in the oral cavity should be testimonies based on a good anamnesis, as these lesions can often be confused with benign lesions, as well as, many times the patient does not notice the presence of the lesion, being the histopathology is the safe way to arrive at a definitive diagnosis.

Keywords: Mucoepidermoid Carcinoma, Salivary Gland Neoplasia, Differential Diagnosis.

## INTRODUÇÃO

Os cânceres de glândulas salivares são relativamente raros, representando 1% a 5% de todas as neoplasias de cabeça e pescoço [1]. Apesar de sua raridade, representa a neoplasia maligna mais heterogênea do corpo, com até 24 subtipos diferentes. O local mais acometido por esse tipo de neoplasia é a parótida, contudo apenas 20% a 25% apresentam malignidade. Sua incidência é de 3 novos casos por 100.000 pessoas por ano em todo o mundo [2].

As neoplasias malignas das GS possuem características histológicas e comportamento biológico diversos, e devido a essa variabilidade, o diagnóstico se torna desafiador. Geralmente os tumores malignos se apresentam após a 6ª década de vida, enquanto que as lesões benignas se apresentam na 4-5ª década de vida. Lesões malignas ocorrem com igual frequência em ambos os sexos e a maioria dos tumores ocorre na parótida, seguida da glândula mandibular e glândulas salivares menores. As lesões que acometem a glândula parótida comumente são benignas, enquanto as que ocorrem na glândula submandibular e nas glândulas salivares menores possuem maior probabilidade de serem malignas [3].

O Carcinoma Mucoepidermóide (CME) é o tumor maligno mais comum das glândulas salivares, representando 10 a 15% de todas as neoplasias de glândulas salivares e 30% de todas as malignidades salivares, seguido pelo Carcinoma Adenóide Cístico (CAC) [4]. Foi definido pela Organização Mundial da Saúde como “uma neoplasia epitelial glandular maligna caracterizada por células mucosas, intermediárias e epidermóides, com características colunares, de células claras e oncocitóides” [5].

O diagnóstico de CME é baseado em exames histopatológicos e imunohistoquímicos. Histopatologicamente, o CME apresenta predominância de células mucosecretoras, intermediárias e epidermóides, o seu grau é definido em baixo, intermediário ou alto, a partir da quantidade dessas células presentes no exame histopatológico [6]. Outra modalidade de exame utilizado são exames de imagem, como as radiografias, ressonância magnética e tomografia computadorizada que auxiliam no diagnóstico e no pré-operatório [7]. Recentemente, técnicas moleculares também têm auxiliado no diagnóstico, mostrando as alterações genéticas que são encontradas nos tumores salivares, contudo esses testes não são tão acessíveis [8].

Histologicamente, as células escamosas (epidermóides) possuem um formato poligonal, pontes intercelulares e ceratinização. Já as células mucosas variam na forma e possuem citoplasma espumoso abundante. O tumor mais comum é o de baixo grau, que apresenta formação cística, atipia celular mínima e proporção relativamente alta de células mucosas. Os de grau intermediário, que são parecidos com o de baixo grau, porém com uma formação cística menos evidente, são os segundos mais frequentes e o de alto grau são menos frequentes, sendo esse último constituídos por ilhas sólidas de células escamosas que podem apresentar pleomorfismo e atividade mitótica [9].

Essa neoplasia pode afetar as três principais glândulas maiores salivares - parótida, submandibular e sublingual - assim como se manifestar em glândulas salivares menores. Quando acomete as glândulas salivares menores, o sítio mais afetado é o palato [10]. A etiologia da doença é incerta, embora a sua etiopatogenia esteja vinculada ao uso de radiação ionizante [11]. O CME pode estar presente em uma ampla distribuição etária, com leve predileção pelo sexo feminino, e é a neoplasia mais comum em crianças e adultos jovens, com pico de incidência na segunda década de vida [12].

A lesão, quando em palato, apresenta-se como um inchaço de crescimento lento, persistente, indolor, de consistência mole, e o seu tratamento é determinado a partir da gravidade e da extensão de sua disseminação. A abordagem cirúrgica é o tratamento mais comum, além do uso de radioterapia ou quimioterapia [12].

Este trabalho tem como objetivo apresentar através do relato de um caso clínico de CME as suas características clínicas, o diagnóstico diferencial e o planejamento terapêutico. Indicando assim a importância do diagnóstico adequado para essa lesão.

## **RELATO DE CASO**

Paciente do sexo feminino, negra, 40 anos, procurou atendimento odontológico para realizar restaurações que estavam insatisfatórias, e durante o exame clínico foi encontrada uma lesão na região do palato duro. A paciente relatou não ter conhecimento dessa lesão e que era indolor. Durante a anamnese, a

paciente nega quaisquer condições dignas de nota em relação à saúde sistêmica e ao histórico familiar, nenhum trauma na região, nenhum uso de medicação ou histórico de hábitos como tabagismo, etilismo ou radiação da área. No exame clínico intrabucal identificou-se uma lesão ovóide na região lateral posterior do palato duro, coloração semelhante à da mucosa normal, consistência fibrosa, superfície lisa, com tamanho aproximado de 3 cm (figura 1).

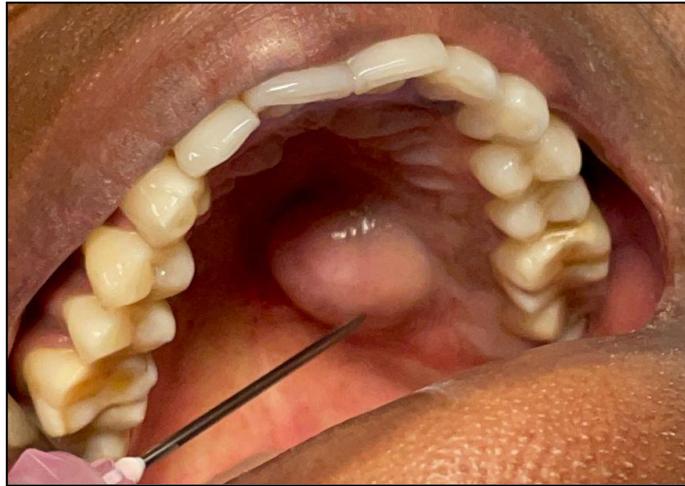


Figura 1: Lesão inicial.

Realizou-se, então, punção aspirativa, que foi negativa indicando lesão sólida, e biópsia incisional para posterior realização de exame histopatológico. O diagnóstico diferencial era de carcinoma mucoepidermóide e adenoma pleomórfico (figura 2).



Figura 2: Punção aspirativa;



Figura 3: Biópsia incisional;

Na biópsia incisional, foi retirado um fragmento de tecido mole, apresentando coloração esbranquiçada com áreas pardacentas, consistência fibroelástica, formas irregulares, superfície lisa e medindo 1,0 x 0,7 x 0,5 mm (figura 3 e 4).

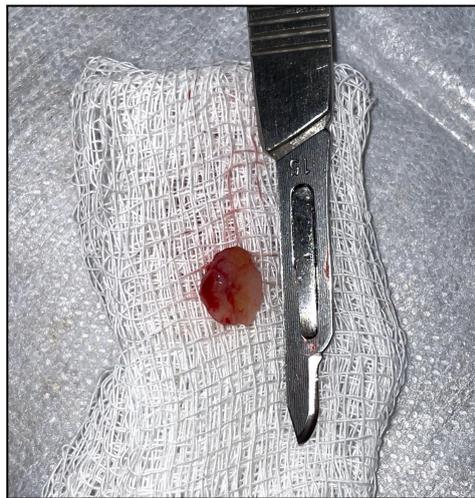


Figura 4: fragmento da lesão para exame histopatológico;

Uma semana após a realização da biópsia, a paciente relatou sintomatologia dolorosa na região da incisão, pedimos que a mesma retornasse à clínica escola e observamos uma área de necrose na região da incisão, o que é indicativo de uma lesão mais grave, que necessita de maiores esclarecimentos (figura 5).

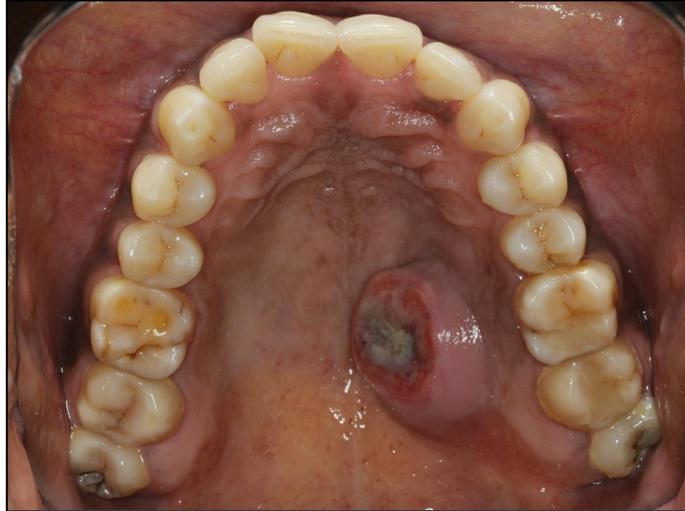


Figura 5: Lesão após biópsia com região central necrosada;

Após a fixação da peça cirúrgica e procedimentos histotécnicos, o exame histopatológico revelou fragmento de neoplasia composta por cordões e ilhas de células epidermóides e intermediárias, entremeadas a esta nota-se células mucosas e pequenos ductos (figura 6 e 7). Em pequenas áreas são observadas mitoses atípicas. Dessa forma, revelando o diagnóstico de carcinoma mucoepidermóide.

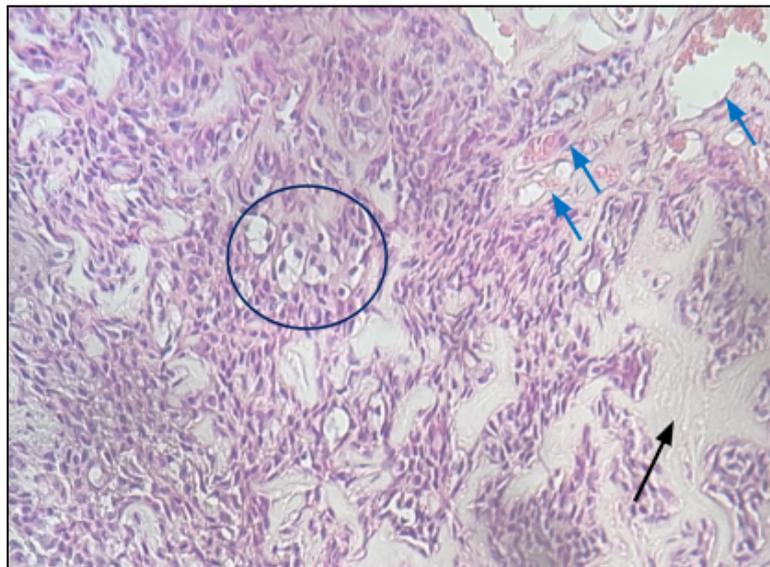


Figura 6: Proliferação de grupos de células neoplásicas. No círculo azul notam-se células claras produtoras de muco, e entremeadas a estas notam-se células escamosas. Na seta azul observam-se vasos sanguíneos que nutrem a lesão e as áreas hialinas completam o quadro examinado e observado na ponta da seta preta.



Figura 7: Proliferação de grupos de células neoplásicas. No círculo azul notam-se ductos glandulares e na ponta da seta vermelha vasos sanguíneos congestionados e a estrela demonstra a área hialina

Além do exame histopatológico, a paciente realizou uma tomografia computadorizada (TC), para saber até onde a lesão se estendia (figura 8). A TC mostrou que a lesão não havia invadido o tecido ósseo, restringindo-se ao tecido mole. A paciente foi encaminhada para o cirurgião de cabeça e pescoço e o tratamento de escolha foi a ressecção cirúrgica.



Figura 8: Tomografia computadorizada do palato.

## DISCUSSÃO

O Carcinoma Mucoepidermóide tem sido o tumor maligno mais comum das glândulas salivares, representando 10 a 15% de todas essas neoplasias, e 30% de todas as malignidades salivares, seguido do Carcinoma Adenóide Cístico [4, 6, 13]. As principais glândulas salivares afetadas pelo CME são a parótida, submandibular e a sublingual, assim como as glândulas salivares menores. Quando acomete esse último grupo, o sítio mais afetado é o palato [5, 6, 10].

A etiologia da doença ainda é incerta, contudo o seu aparecimento está associado ao uso de radiação ionizante [11]. O CME apresenta leve prevalência pelo sexo feminino, e foi encontrado em pacientes da 2ª a 8ª década de vida, além disso, é o tumor maligno mais frequente em pessoas com menos de 20 anos [12, 14]. No presente relato do caso, a lesão se apresentava no palato duro, onde estão localizadas algumas glândulas salivares menores. A paciente relatou não possuir nenhum hábito nocivo à saúde como tabagismo ou etilismo, assim como, disse nunca ter sido exposta à radiação.

Geralmente, o CME se apresenta como um inchaço indolor, de crescimento lento e consistência mole. Em alguns casos, o paciente pode apresentar sintomatologia dolorosa de início súbito, incômodo e contínuo [10, 12, 13]. Para realização do diagnóstico são necessários alguns exames como histopatológicos, imunohistoquímicos e de imagem (radiografias, tomografia computadorizada e ressonância magnética) [3, 15, 8, 7, 16]. Nesse caso, foi realizado tomografia computadorizada, para observarmos qual a verdadeira extensão da lesão e se a mesma havia invadido o osso subjacente, o que não ocorreu no caso relatado. A biópsia por aspiração permite que o profissional explore a lesão para saber se a mesma apresenta conteúdo fluído ou aspirar verdadeiramente as células para diagnóstico patológico [17]. Histopatologicamente, o CME apresenta predominantemente células mucosecretoras, intermediárias e epidermóides, e a quantidade dessas células define o seu grau [5, 6]. Clinicamente, a paciente apresentava as mesmas características clínicas já mencionadas pelos artigos. A paciente foi submetida a punção aspirativa e biópsia incisional para posterior exame histopatológico. Apresentou características semelhantes ao descrito pela OMS,

como presença de células epidermóides, intermediárias e mucosas, como também a presença de ductos e pequenas regiões com mitoses atípicas.

O tratamento do CME irá depender de alguns fatores como: localização, aspectos clínicos e grau histopatológico. A abordagem terapêutica padrão é a ressecção cirúrgica em combinação com radioterapia ou quimioterapia adjuvante, quando necessário. Tumores de baixo grau necessitam apenas de cirurgia, enquanto tumores de alto grau requerem cirurgia, radiação e esvaziamento cervical [18, 19, 12]. Seguindo o que diz a literatura, a abordagem cirúrgica foi o tratamento de escolha para a paciente, onde a lesão foi totalmente retirada, através da ressecção cirúrgica, não necessitando de radioterapia adjuvante.

O prognóstico depende do grau do tumor, do estágio clínico, da localização anatômica e do tratamento de escolha. A sobrevida relatada é de 5 anos para CME, variando de 92 a 100%, para tumores de baixo grau, enquanto que para tumores intermediários e de alto grau são, respectivamente, 62-92% e 0-43% [9, 14, 18, 13].

## **CONCLUSÃO**

De acordo com a literatura e com o caso descrito, podemos concluir que a detecção clínica precoce, com o uso de exames como a punção aspirativa, biópsia incisional e o histopatológico, assim como os exames de imagem complementares permitem diferenciar o tipo de lesão, e proporcionam um plano de tratamento ideal e um prognóstico favorável para o paciente. A excisão completa da neoplasia é o tratamento definitivo, e também é necessário uma preservação de longo prazo para verificar a recorrência do tumor.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Geiger J.L., et al. Management of Salivary Gland Malignancy: ASCO Guideline. Journal of Clinical Oncology [Internet]. 2021 Jun 10 [cited 2022 Aug 9];39(17):19099-1941.

2. Gillespie M.B., Albergotti W.G., Eisele D.W. Mucoepidermoid carcinoma of hard palate. *Indian journal of pathology & microbiology* [Internet]. 2018 Jul 18 [cited 2022 Aug 1];61(3):1-4.
3. Alsanie I., Rajab S., Cottom H., et al. Distribution and Frequency of Salivary Gland Tumours: An International Multicenter Study. *Head and Neck Pathol* [Internet]. 2022 [cited 2022 May 27];16(4):1043-1054.
4. Peraza A., Gómez R., Beltran J., Amarista F.J. Mucoepidermoid carcinoma. An update and review of the literature. *Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery* [Internet]. 2020 Dec 18 [cited 2022 Jul 28];121(6):713-720.
5. Coca-Pelaz A., et al. Salivary mucoepidermoid carcinoma revisited. *Eur Arch Otorhinolaryngol* [Internet]. 2014 Apr 26 [cited 2022 Jun 29];272:799-819.
6. Gill S., Mohan A., Aggarwal S., Varshney A. Mucoepidermoid carcinoma of hard palate. *Indian journal of pathology & microbiology* [Internet]. 2018 Jul 18 [cited 2022 Aug 1];61(3):397-398.
7. Eravcı F.C., Sözman D.C, Özcan K.M., et al. Conventional and Diffusion-Weighted MR Imaging Findings of Parotid Gland Tumors. *Turk Arch Otorhinolaryngol* [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 1];58(3):174-180.
8. Skálová A., Stenman G., Stenman R.H.W., et al. The Role of Molecular Testing in the Differential Diagnosis of Salivary Gland Carcinomas. *Am J Surg Pathol* [Internet]. 2018 [cited 2022 Sep 1];42(2):e11-e27.
9. Katabi N., Ghossein R., Ali S., Dogan S., Klimstra D., Ganly I. Prognostic features in mucoepidermoid carcinoma of major salivary glands with

- emphasis on tumour histologic grading. *Histopathology* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jul 27];65(6):793-804.
10. Devaraju R., Gantala R., Aitha H., Gotoor S.G. Mucoepidermoid carcinoma. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2014 [cited 2022 Jul 28];2014 bcr-2013-202776:1-4.
  11. Santos T.S., Melo D.G., Andrade E.S.S., Silva E. D. O., Gomes A.C.A. Mucoepidermoid carcinoma of the palate: A case report. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* [Internet]. 2012 Jan 14 [cited 2022 Jul 29];53:29-33.
  12. Sama S., Komiya T., Guddati A.K. Treatment of Mucoepidermoid Carcinoma. *World journal of oncology* [Internet]. 2022 Jan 08 [cited 2022 Aug 2];13(1):1-7.
  13. Xu W., et al. Prognostic factors of palatal mucoepidermoid carcinoma: a retrospective analysis based on a double-center study. *Scientific reports* [Internet]. 2017 Mar 06 [cited 2022 Jul 29]; 7 (1):43907.
  14. Guevara-Canales, J.O., Morales-Vadillo, R., Guzmán-Arias, G., Cava-Vergíu, C.E., Guerra-Miller, H., Montes-Gil, J.E. Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands: A retrospective study of 51 cases and review of the literatura. *Acta odontol. latinoam.* [Internet]. 2016 Dic [citado 2023 Mar 13] ; 29(3): 230-238.
  15. Rodriguez C.P., Parvathaneni U., Méndez E., Martins R.G. Salivary Gland Malignancies. *Hematol Oncol Clin North Am* [Internet]. 2015 [cited 2022 Sep 4];29(6):1145-1157.
  16. Liu Y., Tan Y.R., Xiong P., Zhong L.P., Li J. Accuracy of diagnosis of salivary gland tumors with the use of ultrasonography, computed tomography, and

magnetic resonance imaging: a meta-analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* [Internet]. 2015 [cited 2022 Sep 4];119(2):238-245.

17. Hupp JR, Ellis III E, Tucker MR. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, 442 p.
18. Bai S., et al. Salivary Mucoepidermoid Carcinoma: A Multi-Institutional Review of 76 Patients. *Head and Neck Pathol* [Internet]. 2013 [cited 2022 Jul 29];7:105-112.
19. Ferrell J.K., Mace J.C, Clayburgh D. Contemporary treatment patterns and outcomes of salivary gland carcinoma: a National Cancer Database review. *Eur Arch Otorhinolaryngol* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 27];276:1135-1146.
20. Bell B., El-Naggar A.K. Molecular heterogeneity in mucoepidermoid carcinoma: conceptual and practical implications. *Head and Neck Pathol* [Internet]. 2013 [cited 2022 Sep 2];7(1):23-27.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de suma importância que os cirurgiões-dentistas, no que tange a lesões presentes no palato duro, devido a variedade das características das lesões bucais, saibam como se comportar diante de situações assim. O correto diagnóstico favorece o prognóstico do paciente, desde que seja realizado uma boa anamnese e um tratamento adequado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AFRAMIAN, D.J. *et al.* Minor salivary glands: Clinical, histological and immunohistochemical features of common and less common pathologies. **Acta histochemica**, [s. l.], v. 9, ed. 2, p. 67, 2019.
2. ALSANIE, I. *et al.* Distribution and Frequency of Salivary Gland Tumours: An International Multicenter Study. **Head and Neck Pathol**, [s. l.], v. 16, ed. 4, p. 1488, 2022.

3. BELL, Diana; EL-NAGGAR, Adel K. Molecular heterogeneity in mucoepidermoid carcinoma: conceptual and practical implications. **Head and neck pathology**, v. 7, p. 23-27, 2013.
4. CHATURVEDI, Mayank et al. Large pleomorphic adenoma of hard palate. **Annals of maxillofacial surgery**, v. 8, n. 1, p. 124, 2018.
5. CLEYMAET, Robbert et al. The Therapeutic Landscape of Salivary Gland Malignancies—Where Are We Now?. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 23, n. 23, p. 14891, 2022.
6. COCA-PELAZ, Andrés et al. Salivary mucoepidermoid carcinoma revisited. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 272, p. 799-819, 2015.
7. DOS SANTOS, Erison Santana et al. Impact of tumor site on the prognosis of salivary gland neoplasms: a systematic review and meta-analysis. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, v. 162, p. 103352, 2021.
8. ERAVCI, Fakhir Cihat et al. Conventional and diffusion-weighted MR imaging findings of parotid gland tumors. **Turkish archives of otorhinolaryngology**, v. 58, n. 3, p. 174, 2020.
9. ETTL, Tobias et al. Salivary gland carcinomas. **Oral and maxillofacial surgery**, v. 16, p. 267-283, 2012.
10. GILL, Sharanjeet et al. Mucoepidermoid carcinoma of hard palate. **Indian Journal of Pathology and Microbiology**, v. 61, n. 3, p. 397, 2018.
11. GILLESPIE, M. Boyd; ALBERGOTTI, W. Greer; EISELE, David W. Recurrent salivary gland cancer. **Current treatment options in oncology**, v. 13, p. 58-70, 2012.
12. HOLMBERG , K.V.; HOFFMAN , M.P. Anatomy, biogenesis and regeneration of salivary glands. **Monogr Oral Sci.**, [s. l.], v. 24, p. 1-13, 2014.
13. KNIGHT, James; RATNASINGHAM, Kumaran. Metastasising pleomorphic adenoma: Systematic review. **International Journal of Surgery**, v. 19, p. 137-145, 2015.
14. LAVAREZE, Luccas et al. Salivary gland cancer in the setting of tumor microenvironment: Translational routes for therapy. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, p. 103605, 2022.

15. LIU, Ying et al. Accuracy of diagnosis of salivary gland tumors with the use of ultrasonography, computed tomography, and magnetic resonance imaging: a meta-analysis. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology**, v. 119, n. 2, p. 238-245. e2, 2015.
16. MAIA, Francisco Paulo Araújo et al. Abordagem minimamente invasiva para tratamento de adenoma pleomórfico em palato: caso clínico. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac**, p. 21-24, 2019.
17. MARINO-ENRIQUEZ, A.; FLETCHER, C.D. Shouldn't we care about the biology of benign tumours?. **Nat Rev Cancer**, [s. l.], v. 11, n. 14, p. 701-702, 2014.
18. OH, Juhyun et al. Multiplexed single-cell analysis of FNA allows accurate diagnosis of salivary gland tumors. **Cancer Cytopathology**, v. 130, n. 8, p. 581-594, 2022.
19. OLIVEIRA, Leandro Junqueira et al. Tratamento de adenoma pleomórfico em palato: relato de 2 casos e revisão de literatura. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 57, n. 1, p. 55-61, 2016.
20. PATEL , A. Benign vs Malignant Tumors. **JAMA Oncol**, [s. l.], v. 6, ed. 9, p. 1488, 2020. DOI 10.1001/jamaoncol.2020.2592.
21. PERAZA, A. et al. Mucoepidermoid carcinoma. An update and review of the literature. **Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery**, v. 121, n. 6, p. 713-720, 2020.
22. PORCHERI, C.; MITSIADIS, T.A. Physiology, Pathology and Regeneration of Salivary Glands. **Cells**, [s. l.], v. 8, ed. 9, p. 976, 2019.
23. QURESHI, MD Yousuf et al. Pleomorphic adenoma in retromolar area: A very rare case report and review of literature. **Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR**, v. 10, n. 1, p. ZD03, 2016.
24. RODRIGUEZ, Cristina P. et al. Salivary gland malignancies. **Hematology/Oncology Clinics**, v. 29, n. 6, p. 1145-1157, 2015.
25. SAMA, Srikar; KOMIYA, Takefumi; GUDDATI, Achuta Kumar. Advances in the treatment of mucoepidermoid carcinoma. **World Journal of Oncology**, v. 13, n. 1, p. 1, 2022.
26. SARDAR, Manisha Aba et al. A demographic study of salivary gland tumors. **SRM Journal of Research in Dental Sciences**, v. 9, n. 2, p. 67, 2018.

27. SKÁLOVÁ, A.; HYRCZA, M.D. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Salivary Glands. **Head Neck Pathol.**, [s. l.], v. 16, p. 40-53, 2022.
28. SKÁLOVÁ, Alena et al. The role of molecular testing in the differential diagnosis of salivary gland carcinomas. **The American journal of surgical pathology**, v. 42, n. 2, p. e11-e27, 2018.
29. SPEIGHT, Paul M.; TAKATA, Takashi. New tumour entities in the 4th edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumours. **Virchows Archiv**, v. 472, p. 331-339, 2018.
30. YOUSRA, Zemmouri; SALIHA, Chbicheb. Pleomorphic adenoma of hard palate: a case report. **The Pan African Medical Journal**, v. 38, 2021.
31. YU, Guangyan; PENG, Xin. Conservative and functional surgery in the treatment of salivary gland tumours. **International Journal of Oral Science**, v. 11, n. 3, p. 22, 2019.

#### **ANEXO A – Normas da Revista**

A Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial (Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial) é publicada trimestralmente e prevê a publicação de revisões sistemáticas, artigos de investigação originais, relatos de casos clínicos e relatórios de inovação clínica de interesse científico a médicos e pesquisadores direta ou indiretamente relacionados com a saúde bucal. Processo de revisão por pares Todos os artigos são revistos por pares por revisores externos independentes que determinam a sua aceitação para publicação.

O Jornal Português de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial utiliza um sistema de revisão por pares duplo-cego em que tanto os autores como os revisores são anónimos; ou seja, os revisores não sabem os nomes dos autores, e os autores não sabem quem revisou seu manuscrito. Após a submissão pelo autor correspondente, a redação realiza verificações preliminares nos manuscritos submetidos. Se considerada em conformidade com as diretrizes de submissão, políticas editoriais e padrões éticos, a submissão é avaliada pelo Editor-chefe, que decide se deve prosseguir com a revisão por pares e pode designar um Editor Associado adequado como o editor responsável pelo orientar o processo de revisão por pares. O editor de manuseio envia convites de revisão a especialistas externos independentes,

que ponderam sobre o convite considerando sua própria experiência, conflitos de interesse e disponibilidade e, em seguida, o aceitam ou recusam, possivelmente sugerindo revisores alternativos. Cada submissão deve ser revista por pelo menos dois especialistas na área, tendo em conta a originalidade, solidez científica, desenho do estudo, fontes de enviesamento, entre outros. Os revisores submetem uma revisão detalhada do manuscrito à Revista e recomendam sua aceitação ou rejeição ou solicitação de nova revisão antes de ser reconsiderado. Se a avaliação dos revisores difere amplamente, o editor responsável pode convidar um revisor adicional antes de sugerir uma decisão. A submissão é então enviada ao Editor-chefe, que toma a decisão final. Todos os artigos, exceto Editoriais, são revisados externamente por pares antes que uma decisão final seja tomada sobre a aceitação para publicação. A 3ª submissão é então enviada ao Editor-chefe, que toma a decisão final. Todos os artigos, exceto Editoriais, são revisados externamente por pares antes que uma decisão final seja tomada sobre a aceitação para publicação. A submissão é então enviada ao Editor-chefe, que toma a decisão final. Todos os artigos, exceto Editoriais, são revisados externamente por pares antes que uma decisão final seja tomada sobre a aceitação para publicação.

**Políticas editoriais e de periódicos:** Os artigos considerados para publicação devem conter material original que não tenha sido publicado, total ou parcialmente (incluindo tabelas e figuras), nem tenha sido submetido ou aceito para publicação por outras revistas. Antes de enviar os manuscritos, os autores devem obter todas as permissões necessárias para publicação do material apresentado. Salienta-se que, para cumprimento da normativa em matéria de direitos de autor, a reprodução de imagens, figuras ou gráficos de outras publicações deve ter a autorização prévia dos respetivos autores, que deve constar das referências bibliográficas. Todos os artigos publicados na Revista são de acesso aberto, sem cobrança de processamento de artigos. Os artigos publicados permanecem propriedade da Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial e não podem ser reproduzidos, total ou parcialmente, sem autorização do Editor - Chefe. As opiniões expressas são de responsabilidade exclusiva dos autores, não podendo expressar a opinião dos editores e membros do conselho editorial.

**Plágio:** O plágio inclui, mas não se limita a, copiar ou reutilizar textos, ideias, imagens ou dados de outras fontes sem uma atribuição clara e vai contra o princípio da publicação académica. Todos os manuscritos são submetidos a um software de detecção de plágio (Crossref Similarity Check, desenvolvido pela iThenticate), e em caso de dúvidas, o LIDAR as diretrizes serão seguidas. Se em qualquer estágio do processo de submissão,

publicação ou pós-publicação, for detectado plágio, o manuscrito poderá ser rejeitado, corrigido ou retirado, conforme o caso.

**PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO:** O texto principal deve ser redigido em português ou inglês. Se redigido em inglês, deverá ser apresentada uma declaração assinada por um editor / tradutor profissional da língua ou um dos autores, assumindo a responsabilidade pela qualidade da língua inglesa. As inscrições só podem ser feitas online em <http://www.editorialmanager.com/rpemd> e deve incluir os seguintes elementos:

**1. Carta de apresentação:** A carta de apresentação deve ser assinada por todos os autores e dirigida ao Editor-Chefe da Revista, informando que o artigo não está publicado ou submetido a publicação em outra revista e que não será submetido em outro lugar até a decisão final sobre este sub - a missão está cumprida. Também deve constar que todos os autores leram e concordaram com a versão submetida e que, em caso de aceitação, os direitos autorais do trabalho serão transferidos para a Revista. De acordo com os “Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas”, a autoria implica uma contribuição substancial para o manuscrito. Assim, a contribuição de cada autor para o artigo submetido deve ser indicada na carta. Ex: John Doe concebeu este estudo e supervisionou todos os aspectos de sua implementação. Peter Doe colaborou no protocolo experimental e realizou a análise estatística dos dados. Charles Doe coletou os dados e colaborou em sua análise. Todos os autores contribuíram com a interpretação dos resultados e revisão do artigo. A carta de apresentação deve incluir também o título do manuscrito, e uma justificativa sempre que o número de autores for superior a seis.

**2. Capa:** Este documento deve conter apenas informações sobre os autores e o título do manuscrito. As informações dos autores devem ser fornecidas apenas neste documento independente, e não incluídas no documento com o manuscrito, a fim de garantir o anonimato dos autores durante o processo de revisão por pares.

2.1. Título O título do manuscrito deve ser curto (máximo de 15 palavras) e definir claramente o assunto em questão. Deve ser apresentado em português e inglês.

2.2. Autores O título, nome (nome próprio, nome do meio, apelido) e afiliação (Universidade, Faculdade, Unidade de investigação) de cada autor deve ser redigido da mesma forma e ordem de publicação (ex: João P. António<sup>1</sup>, Pedro Silva<sup>2</sup>, Nuno Pereira<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina Dentária, Lisboa, Portugal; <sup>2</sup>Universidade do Porto, Faculdade de Medicina Dentária, Porto, Portugal). Deve ser informado o e-mail e o endereço (CEP, cidade, país) de cada autor. O nome do autor

correspondente, endereço, telefone e e-mail também devem ser incluídos. Forneça o número ORCID de todos os autores. Todas as correspondências entre a Revista e os autores serão feitas exclusivamente por meio da plataforma ou por e-mail.

**3. Resumo e palavras-chave:** Os resumos devem ser submetidos em inglês e português, cada um com um limite de 250 palavras. Abreviações não devem ser usadas. Os resumos de relatórios de pesquisa originais e revisões sistemáticas deve conter os principais objetivos, materiais e métodos, resultados e principais conclusões. Um título apropriado deve preceder cada seção, a saber: Objetivos; Métodos; Resultados; Conclusões. Os resumos de relatos de casos clínicos devem resumir o problema e o tratamento oferecido. Os resumos de relatórios de inovação clínica devem apresentar o objetivo, métodos e uma breve descrição do tema principal discutido. Palavras-chave (3-10) devem ser enviadas em português e inglês para permitir a indexação do artigo de acordo com a terminologia utilizada no Medical Index “Títulos de Assuntos Médicos”.

**4. Manuscrito:** 4.1. Apresentação Este documento não deve fazer referência à identidade do autor, a fim de evitar sua identificação durante o processo de revisão. Todo o texto, incluindo corpo do artigo, referências, legendas de figuras e tabelas com legendas, deve ser em fonte Arial, tamanho 12, espaço duplo e justificado. 35 Todas as páginas devem ser numeradas, começando no número 1. As margens devem ser de 2,5 cm em todo o documento. Uma quebra de página deve ser incluída entre cada seção. 4.2. Corpo do artigo de acordo com o tipo de trabalho: Relatos de casos clínicos - Deve estar organizado da seguinte forma: Introdução - Deve incluir uma breve revisão da literatura pertinente ao problema em questão e referências aos vários métodos de tratamento disponíveis. Relato de caso - Deve incluir uma descrição do paciente (idade, sexo, etc.), patologia encontrada e possível histórico médico ou odontológico. Os diferentes métodos de tratamento disponíveis devem ser descritos resumidamente, e o método usado deve ser justificado e totalmente descrito. Os resultados do tratamento e a duração do seguimento devem ser apresentados. Discussão e Conclusões - Deve incluir observações sobre as vantagens e desvantagens apresentadas pelo método de tratamento seguido, bem como contra-indicações, se as houver. 4.3. Bibliografia As referências no texto, nas tabelas e nas legendas devem ser identificadas por algarismos arábicos colocados entre parênteses e sobrescritos. A numeração deve corresponder à ordem de citação no texto. Todas as referências devem ser citadas no texto, e todas as referências citadas no texto devem constar da lista de referências. Deve-se evitar referências a resumos, sites da Internet ou qualquer outro material não publicado. As referências devem ser

apresentadas de acordo com as “Normas para a submissão de manuscritos a serem publicados em revistas biomédicas” do International Committ of Medical Journal Editors (Vancouver Group) Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o tratamento dado em Index Medicus. Exemplo do formato a seguir em referências a artigos publicados em periódicos: Chersoni S, Suppa P, Breschi L, Ferrari M, Tay FR, Pashley DH, et al. Movimento da água na camada híbrida após diferentes tratamentos de dentina. Dent Mater. 2004; 20: 796-803. Exemplo do formato a seguir nas referências a capítulos de livros: Marshall SJ. Amálgama dentário - Estruturas e propriedades. In: Editor Anusavice KJ. Ciência de Materiais Dentários de Phillips. 10ª ed. Filadélfia: WB Saunders Company, 1996. p. 361-85. 4.4. Tabelas Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto. Devem ser especificado numa página separada no final do documento com o corpo do artigo. As tabelas devem ser formatadas com espaço duplo, numeradas com algarismos árabes de acordo com a ordem de citação no texto, e acompanhadas de título e subtítulo. Cada tabela deve ser autoexplicativa e passível de ser interpretada sem consultar o texto do manuscrito. 4.5. Legendas das figuras As legendas das figuras devem ser incluídas em uma folha separada no fim do documento. As legendas devem ser autoexplicativas e ter numeração igual à respectiva figura. Quando os principais símbolos, setas, números ou letras para identificar partes de uma figura, estes devem ser identificados e explicados claramente na legenda. Uma escala interna e o método de coloração nas fotomicrografias devem ser identificadas.

**5. Figuras** Não coloque as figuras no documento com o corpo do artigo. Todas as figuras devem ser fornecidas em arquivos independentes no formato JPEG ou TIFF a 300 dpi. Sempre que possível, as figuras devem ser fornecidas na proporção de 4: 3. Para sua referência, cada figura gravada com a definição correta deve ter pelo menos 700 MB. Todas as figuras devem ser citadas no texto e numeradas consecutivamente de acordo com uma ordem de citação. Caso estejam presentes letras, números e símbolos, estes devem ser claros, proporcionais entre si e de tamanho suficiente para serem legíveis. Se uma figura já tiver sido publicada anteriormente, uma fonte original deve ser identificada e incluída na lista de referências. Para cumprir com os requisitos que regem os direitos de autor, a reprodução de imagens, figuras ou gráficos de outras publicações deve ter autorização prévia dos detentores dos direitos, autor e editor. A autorização assinada deve ser incluída no processo de submissão. A permissão é exigida independentemente da propriedade, exceto para documentos de domínio público.

6. Agradecimentos devem ser expressos a pessoas e / ou instituições que tenham permitido ou que tenham contribuído para uma execução do trabalho. Os agradecimentos devem ser registrados em ficheiro dependente, para que a identidade dos autores não seja divulgada durante o processo de arbitragem e revisão do artigo. 7. Ficheiros suplementares (apêndices) Em certos casos, e após análise, todo o material muito grande, como tabelas ou ferramentas de recuperação de dados, podem ser encontrados no site da Revista para consulta, sendo chamados de chamados material suplementar. (Esses documentos não devem ter referência à identidade do autor, a fim de evitar sua identificação durante o processo de revisão.

**RESPONSABILIDADES ÉTICA** Confidencialidade dos dados. Os autores são responsáveis por seguir os procedimentos definidos pelo respectivo centro de saúde para acessar dados de registros clínicos de forma a escrever este tipo de publicação para fins de investigação / divulgação para a comunidade, e portanto, devem declarar que cumpriram este requisito. Direito à privacidade e autorização. Os autores devem garantir que a exigência de ter sido dada a todos os doentes que foram incluídos no estudo foi cumprida e que têm na sua posse um documento assinado pelos 36 doentes após estes terem recebido informação suficiente e em que atestem por escrito o seu consentimento para inscrever-se para participar no estudo. Os autores devem mencionar, na seção dos “Material e Métodos”, que os procedimentos utilizados nos funcionários e seu controle para realizar após a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido. O autor também é responsável por garantir o direito à privacidade dos doentes, protegendo a sua identidade, tanto no texto do artigo como nas imagens. Não devem ser utilizados nomes, iniciais, ou números de registros médicos hospitalares (ou qualquer outro tipo de dados considerados irrelevantes para uma investigação que possa identificar o doente ou participante no estudo), tanto no texto como nas figuras, a menos que esta informação seja essencial para fins científicos e tenha que ser incluído no artigo, desde que o doente, ou seus pais ou responsáveis, tenha dado consentimento informado por escrito para sua publicação. Os autores são autorizados pela obtenção do consentimento autorizado com permissão de publicação, reprodução e circulação dos dados em suporte de papel e na Internet com acesso público.

Autoria: Apenas aqueles que têm contribuído intelectualmente para o desenvolvimento do trabalho devem constar na lista de autores. O tipo de participação no trabalho (alguns dos quais estão expressos abaixo) de cada autor deve ser declarado na Carta de Apresentação. Para os que apenas ajudaram na coleta de dados, ou tenham participado em

alguma técnica, não é o critério suficiente para aparecer como autor. Em geral, para aparecer como autor, devem ser atendidos os seguintes requisitos: 1. Ter participado na concepção e desenho do estudo, aquisição de dados, análise e interpretação dos dados do trabalho que resultou no artigo em questão. 2. Ter participado da redação do manuscrito ou das suas revisões. 3. Ter aprovado a versão final a ser publicada. No caso de autoria coletiva, devem ser incluídos os nomes dos redatores, ou dos responsáveis pelo trabalho, seguido de “e pelo Grupo ...”, quando todos os membros do grupo são considerados coautores do trabalho. Se for desejável incluir o nome do grupo, apesar de nem todos os membros poderem ser considerados como coautores, os autores responsáveis devem ser mencionados em primeiro lugar, seguido pôr “em nome do Grupo.” Em qualquer dos casos, os nomes e as instituições dos membros do grupo devem ser incluídos no Apêndice no final do manuscrito. Os autores devem ser indicados tanto na página de Capa como em Adicionar / Editar / Remover sessão do autor durante a submissão. Todos os autores devem declarar que leram e aprovaram o manuscrito e que os requisitos para autoria foram atendidos. Obtenção de cumprir deve ser necessário uma declaração de que o conteúdo do artigo é original e não foi publicado anteriormente nem submetido à consideração de qualquer outra publicação, no seu todo ou em parte. Os autores devem estar cientes de que não revelar que o material submetido para publicação foi total ou parcialmente publicado é uma violação grave da ética científica. Da mesma forma, os autores que reproduzem o material previamente publicado no seu artigo (texto, tabelas ou figuras) é responsável por obter como consequência reproduzir esse material na Revista. Os autores devem ter autorização por escrito do autor e do editor que publicou o material reproduzido, e submeter uma cópia das autorizações, durante o processo de submissão. A permissão da instituição que financiou o trabalho de investigação também é necessária.

Publicação redundante ou duplicada: A Revista não aceita material publicado anteriormente e não é considerado para publicação de manuscritos simultaneamente a outras revistas ou publicações, ou seja, artigos que se sobreponham a outro artigo já publicado, impresso ou disponível em meio eletrônico. Na Carta de Apresentação, os autores devem conceder qualquer submissão ou publicação anterior do mesmo trabalho, não todo ou em parte, que possa ser considerada uma publicação redundante ou duplicada. As referências bibliográficas dessas publicações anteriores devem ser citadas e incluídas no novo manuscrito. Essas restrições não se aplicam a resumos publicados, apostas ou ligações em reuniões científicas nacionais ou internacionais. Sempre que a aceitação de um artigo é

suspensa devido à necessidade de alterações por parte dos autores, as revisões solicitadas devem ser realizadas pelos autores num prazo de 15 dias, para pequenas alterações, ou de 60 dias para alterações significativas. Após revisão linguística e produção gráfica do artigo, a prova final será enviada ao autor correspondente para aprovação final. As alterações necessárias devem ser comunicadas dentro do prazo previsto, como estabelecido pelo conselho editorial para o cumprimento do cronograma da Revista. A não resposta no prazo estipulado será entendido como aceitação da versão final apresentada.

## ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**CURSO DE ODONTOLOGIA**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OBTENÇÃO E**  
**UTILIZAÇÃO DE IMAGENS DE PACIENTES**

Eu, Yacira M de Jesus Reis Costa,  
 RG n° 001106745994, residente à Av/Rua  
Conz, n° 29, complemento casa, Bairro  
Vila Embatel, na cidade de São Luís - Estado de MA, por meio  
 deste termo de consentimento Livre e Esclarecido, consinto que o Dr(a).  
Erika Martins Pereira CRO-Ma 3391 faça  
 fotografias e outros tipos de imagens e registro meus e sobre meu caso clínico. Consinto que  
 estas imagens, bem como, as informações relacionadas ao meu caso clínico sejam utilizadas  
 para finalidade Didática (aulas, painéis científicos, trabalho de conclusão de curso (TCC),  
 palestras, conferências, cursos e congressos), resguardando a minha identidade e qualquer  
 imagem que possa fazer com que eu seja reconhecido.

Consinto, também, que as imagens de meus exames, como radiografias, tomografias  
 computadorizada, ressonâncias magnéticas, ultra-sonografias, eletromiografias,  
 histopatológicos (exames no microscópio da peça cirúrgica retirada - biópsia) e outros sejam  
 utilizados e divulgados.

Fui esclarecido que este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou  
 prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da  
 publicação. Este consentimento é instituído por prazo indeterminado.

Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso  
 das minhas imagens e também compreendi que o profissional/equipe que me atende e atenderá  
 durante todo o tratamento proposto, não terá qualquer tipo de ganhos financeiros/comerciais  
 com a exposição da minha imagem nas referidas publicações. Também, fui esclarecido de que  
 a minha participação ou não nestas publicações não implicará em alterações do direito a mim  
 conferido em continuar o tratamento odontológico adequado proposto e aceito inicialmente.

São Luís, 12 de Setembro de 2022

Yacira M de Jesus Reis Costa  
 Assinatura do Paciente  
 CPF: 997.799-433-15  
 RG: 001106745994

Erika Martins Pereira  
 Assinatura do Profissional Responsável  
 CPF: 618.631.062-00  
 RG: 2776941

C.F., art. 5º, X – são invioláveis, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação, "(constituição da República Federativa do Brasil, 1988)

C.C., art.20. Salvo se autorizadas, ou se necessárias à administração da justiça ou à manutenção da ordem pública, a divulgação de escritos, a transmissão da palavra, ou a publicação, a exposição ou a utilização da imagem de uma pessoa poderão ser proibidas, a seu requerimento e sem prejuízo da indenização que couber, se lhe atingirem a honra, a boa fama ou a responsabilidade, ou se destinarem a fins comerciais.

Parágrafo único. Em se tratando de morte ou de ausente, são parte legítimas para requerer essa proteção o cônjuge, os ascendentes ou os descendentes." (Código Civil. Lei nº10.406, de Janeiro de 2002)