



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

GABRIELLA DE VASCONCELOS NEVES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NEOPLASIAS DE GLÂNDULAS
SALIVARES EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA PARAÍBA**

**CAMPINA GRANDE-PB
2013**

GABRIELLA DE VASCONCELOS NEVES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE NEOPLASIAS DE GLÂNDULAS
SALIVARES EM UM HOSPITAL DE REFRÊNCIA NA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de graduação
em Odontologia da Universidade
Estadual da Paraíba em
cumprimento à exigência para
obtenção do grau de Bacharel em
Odontologia.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy

**CAMPINA GRANDE-PB
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

N518p

Neves, Gabriella de Vasconcelos.

Perfil epidemiológico de neoplasias de glândulas salivares em um hospital de referência na Paraíba [manuscrito] / Gabriella de Vasconcelos Neves. – 2013.

31 f.: il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy, Departamento de Odontologia”.

1. Neoplasias bucais. 2. Epidemiologia. 3. Glândulas salivares. I. Título.

21. ed. CDD 617.601

GABRIELLA DE VASCONCELOS NEVES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE
NEOPLASIAS EM GLÂNDULAS SALIVARES EM UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA NA PARAÍBA**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação
em Odontologia da Universidade Estadual
da Paraíba em cumprimento às exigências
para a obtenção do grau de Bacharel em
Odontologia.

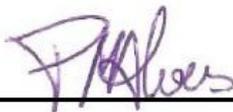
Aprovação: 29/08/2013

BANCA EXAMINADORA



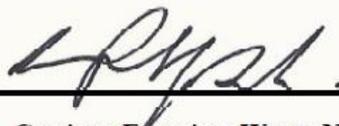
Prof. Dr. Gustavo Pina Godoy

(Orientador)



Profa. Dra. Pollianna Muniz Alves

(1° Examinador)



Prof. Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka

(2° Examinador)

Dedico este trabalho aos meus pais, grandes incentivadores, presentes em todos os momentos importantes da minha vida, por cada gesto de amor a mim doados.

Aos meus irmãos, Luiz e Nanda, pelo amor e paciência na convivência diária. Certamente sem vocês essa caminhada seria bem mais difícil.

Agradecimentos

Ao meu maravilhoso Deus, por me sustentar todos os dias e me fazer forte em momentos nos quais me sentia fraca. Obrigada Senhor, pela Sua graça e infinito amor.

À minha família, base de tudo, por todo o apoio e confiança.

Aos meus amigos de curso, especialmente Pedro Tardelly, Ilky Pollansky, Maria Eduarda, Joselma Cordeiro, José Cordeiro, Ramon Targino, Bruno Dutra, Arley Leitão, Thayanna Karla, Alcione Lima e Tomás Lúcio. A companhia de vocês foi essencial durante essa jornada. Levarei cada um em meu coração!

Ao meu melhor amigo e dupla de clínica Pedro Tardelly, que esteve sempre ao meu lado dividindo momentos de alegrias e tristezas. Só tenho a te agradecer por tudo! Nossa amizade não termina aqui, é eterna!

A Ilky Pollansky pela amizade, cuidado, prestatividade, companheirismo, e amor...Obrigada por dividir sonhos e momentos comigo que jamais esquecerei.

Ao meu orientador Gustavo Pina Godoy pelas inúmeras oportunidades concebidas durante esses anos de curso. Você é um exemplo de pessoa íntegra e de um excelente profissional. Obrigada por confiar em mim e entregar desafios em minhas mãos, os quais, sem dúvida, me motivaram a ser uma pessoa melhor. Agradeço pela paciência, dedicação e transmissão dos seus conhecimentos, contribuição imensa na minha formação!

A professora e amiga Daliana Queiroga. Obrigada pelos sorrisos, incentivos, apoio, e disposição em sempre fazer o melhor pra mim e para todas as pessoas ao seu redor, atitudes que me inspiram e também guiam aqueles que têm o imenso prazer de conviver ao seu lado!

Aos professores que me marcaram, em especial: Daliana, Kátia, Rilva, Raquel, Rodolpho, Jozinete, Polliana, Cassiano, Lúcia Helena e Francineide. Obrigada pela amizade e pelos conhecimentos que dividiram comigo.

Aos professores membros da banca avaliadora, pela ajuda e especial atenção com detalhes que valorizaram meu trabalho. Obrigada Polli, pelos conhecimentos transmitidos e pela amizade. Admiro-lhe muito! Obrigada Cassiano por toda a atenção e pela disponibilidade em me ajudar na estatística deste trabalho.

Aos funcionários desta instituição, que sempre com muito empenho zelaram pela organização e funcionamento de todo o curso.

Aos funcionários do Hospital Napoleão Laureano, que com tamanha boa vontade, tiveram contribuição essencial na realização desta pesquisa.

“Foi o tempo que dedicaste a tua rosa que fez tua rosa tão importante.”

-O pequeno príncipe

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 MATERIAIS E MÉTODOS	12
3 RESULTADOS	13
4 DISCUSSÃO.....	20
5 CONCLUSÃO.....	22
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

ANEXOS

APÊNDICES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE
NEOPLASIAS EM GLÂNDULAS SALIVARES EM UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA NA PARAÍBA**

**EPIDEMIOLOGIC PROFILE OF PATIENTS WITH NEOPLASMS IN SALIVARY GLANDS IN
A REFERENCE HOSPITAL IN PARAÍBA**

Gabriella de Vasconcelos Neves⁽¹⁾

Gustavo Pina Godoy⁽²⁾

Polliana Muniz Alves⁽²⁾

Cassiano Francisco Weege Nonaka⁽²⁾

¹ Aluna de iniciação científica do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande, PB, Brasil.

² Professores Doutores do programa de pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande, PB, Brasil.

Endereço para correspondência:

Gustavo Pina Godoy

Universidade Estadual da Paraíba
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Departamento de Odontologia
Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário
CEP 58429-500 - Campina Grande - PB – Brasil

Telefone: (83) 91183694

E-mail: Gruiga@hotmail.com

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIAS EM GLÂNDULAS SALIVARES EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA PARAÍBA

RESUMO:

Introdução: As neoplasias que surgem nas glândulas salivares são um grupo relativamente raro de tumores, representando uma grande variedade de comportamentos biológicos e de subtipos histopatológicos benignos e malignos. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo o determinar a frequência relativa e a distribuição de neoplasias primárias em glândulas salivares. **Metodologia:** Realizou-se um estudo retrospectivo dos casos de neoplasias de glândulas salivares diagnosticados no Hospital Napoleão Laureano, localizado na cidade de João Pessoa – PB, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2012. Foram registrados dados referentes ao sexo, idade, raça, localização anatômica, tipo de glândula acometida, natureza do tumor e diagnóstico histopatológico. Os dados coletados foram analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** Foram identificados 124 casos, dos quais 98 (79,03%) eram tumores benignos e 26 (20,97%) tumores malignos. Com relação à localização anatômica, a maioria dos tumores ocorreu na glândula parótida (84,7%) seguindo-se as glândulas salivares menores (8%). Tumores de glândulas salivares menores ocorreram mais freqüentemente no palato. O tumor benigno mais frequente foi o adenoma pleomórfico (87,8%) e o carcinoma adenoide cístico (42,3%) foi o tumor maligno mais comum. Os tumores malignos foram mais comuns na glândula parótida (76,9%) e nas glândulas salivares menores (23%). **Conclusão:** Os dados demográficos aqui apresentados poderão ser úteis para uma melhor compreensão das características clínicas e biológicas dos tumores de glândulas salivares.

DESCRITORES: *Epidemiologia, neoplasias bucais, glândulas salivares, neoplasias das glândulas salivares.*

ABSTRACT:

Background: The neoplasms that affect the salivary glands are a relatively rare tumor, representing a wide variety of biological behavior and histological subtypes of benign and malignant. **Objective:** This study aimed to determine the relative frequency and distribution of a series of 124 cases histopathologically diagnosed as primary neoplasms in salivary glands. **Methods:** We conducted a retrospective study of cases of the salivary gland neoplasms diagnosed in Napoleão Laureano Hospital, located in the city of João Pessoa, from January 2002 to December 2012. We recorded data on gender, age, race, anatomical location, type of affected gland, tumor size, nature of the tumor and histopathological diagnosis. The data collected were analyzed using descriptive statistics. **Results:** We identified 124 cases, of which 98 (79.03%) were benign and 26 (20.97%) were malignant tumors. The most common anatomic location occurred in the parotid gland tumors (84.7%) followed by the minor salivary glands (8%) and, lastly, submandibular gland (7.3%). Minor salivary gland tumors occurred more frequently on the palate. The most common benign tumor was pleomorphic adenoma (87.8%) and the adenoid cystic carcinoma (42.3%) was the most common malignant tumor. Malignant tumors were more common in the parotid gland (76.9%) and minor salivary glands (23%). **Conclusion:** The demographic data presented may be useful for a better understanding of the clinical and biological characteristics of salivary gland tumors.

KEYWORDS: *Epidemiology, oral neoplasms, salivary glands, salivary gland neoplasms.*

1. INTRODUÇÃO

Os Tumores das glândulas salivares (TGSs) são um grupo heterogêneo de neoplasias na região maxilofacial com complexa aparência morfológica e comportamento clínico variável [1] o que pode representar consideráveis desafios de diagnóstico e conduta clínica [2]. Correlações entre os achados clínicos, imaginológicos e morfológicos são muito importantes para um correto diagnóstico [3].

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a incidência global anual, quando todos os tumores em glândulas salivares são considerados, varia de 0,4 a 13,5 casos por 100. 000 habitantes [4].

Estudos em várias partes do mundo têm mostrado diferenças na incidência dos tumores em glândulas salivares, bem como variações na frequência de cada tipo histopatológico [5-12].

Tumores das glândulas salivares são relativamente raros, representando 3,5% a 10% de todos os tumores resultantes da cabeça e pescoço [13]. Essa baixa incidência pode estar relacionada a fatores raciais e geográficos [14].

Cerca de 80% de todos os TGSs são benignos, e as malignidades são particularmente raras, compreendendo menos do que 0,5% de todos os tumores malignos e cerca de 5% de todos os cânceres da região de cabeça e pescoço [2].

Os TGSs afetam predominantemente glândulas salivares maiores [10] e a glândula parótida é o sítio mais comum para a maioria das neoplasias de glândulas salivares, representando cerca de 70% de todos os tumores resultantes neste local, onde cerca de 85% são benignos [2].

Tumores nas glândulas sublinguais são muito raros, constituindo entre 0,3% e 5,2% do todos os TGSs epiteliais e aproximadamente 1,5% de todos os tumores de

glândula salivar maior [13, 15]. Os tumores malignos das glândulas salivares menores constituem 2-3% de todas as neoplasias malignas da região de cabeça e pescoço e menos de 25% de todos os TGSs [16].

Com relação aos subtipos histológicos, estudos [7,10] indicam que os tumores benignos mais comuns da glândula parótida são adenomas pleomórficos (66- 86%), e o tumor de Warthin (20-23%). Nas demais glândulas, o adenoma pleomórfico também é o mais comum, seguido pelo carcinoma adenoide cístico e pelo carcinoma mucoepidermóide [7,10,17].

O objetivo do presente estudo foi analisar a frequência relativa e a distribuição dos TGSs em uma população Brasileira, e fornecer dados para comparação com outros estudos epidemiológicos em diferentes locais geográficos.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho foi cadastrado no Plataforma Brasil sob número CAAE 15068713.0.0000.5187 submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba seguindo as recomendações da resolução 196/96 do Ministério da Saúde, tendo sido aprovada a sua execução. (ANEXO I)

O período da revisão abrangeu 10 anos e 11 meses, a partir de Janeiro de 2002 a dezembro de 2012. Foram incluídos no estudo os pacientes com tumores primários em glândulas salivares, diagnosticados no Hospital Napoleão Laureano, localizado na cidade de João Pessoa-PB.

Os dados foram obtidos a partir da análise retrospectiva dos prontuários médicos, e separados quanto às características clínicas, incluindo sexo, idade, raça, localização anatômica, tipo de glândula acometida, tamanho do tumor, natureza do tumor e diagnóstico histopatológico.

Todos os casos foram divididos de acordo com a classificação dos subtipos histopatológicos dos tumores em glândulas salivares preconizada pela Organização Mundial de Saúde, em 2005 [4].

Os dados foram organizados em uma ficha elaborada exclusivamente para o estudo (APÊNDICE A) e, posteriormente foram analisados em ambiente Windows pelo programa SPSS 17.0 para realização de estatística descritiva e foram apresentados em tabelas.

3. RESULTADOS

Durante o período de 10 anos, foram encontrados 124 casos de tumores de glândulas salivares. Destes, 84 (67,7%) ocorreram em indivíduos do sexo feminino e 40 (32,3%) do sexo masculino. A idade dos pacientes no momento do diagnóstico variou de 11-86 anos (Com idades médias para pacientes com tumores benignos e malignos de 48,3 e 51,9 anos, respectivamente). O pico de incidência de todos os pacientes com TGSs foi a sexta década. A distribuição etária está representada na figura 1.

O tamanho médio dos tumores benignos e malignos foi de 3,2 e 2,6 centímetros, respectivamente. A maioria (83,1%) dos pacientes acometidos pertencia à raça branca, enquanto (16,9%) pertenciam à raça não branca. Destacando-se ainda que 114 (91,9%) tumores ocorreram em glândulas salivares maiores. O local de acometimento mais comum foi a glândula parótida com 105 casos [84,7%], seguido pelas glândulas salivares menores (10 casos [27,2%]) e glândula submandibular (9 casos [7,3%]). Não foram encontrados tumores em glândula sublingual (Tabela 1).

Em relação à natureza dos TGSs identificados, houveram 98 (79,03%) tumores benignos e 26 (20,97%) tumores malignos. Quanto aos tumores benignos, 85 ocorreram na glândula parótida, 9 na glândula submandibular e 4 nas glândulas salivares

menores, enquanto os valores correspondentes para os tumores malignos foram 20 na glândula parótida, nenhum na glândula submandibular e 6 nas glândulas salivares menores (Tabela 2). Os tumores benignos e malignos foram predominantes no sexo feminino, com 69,3% e 61,5%, respectivamente (Tabela 3).

Dentre as neoplasias benignas, os adenomas pleomórficos predominaram (87,8%). O segundo tumor benigno mais comum foi o tumor de Warthin (9,2%), encontrado apenas na glândula parótida. O carcinoma adenoide cístico foi a neoplasia maligna mais comum (42,3%), seguida pelo carcinoma mucoepidermóide (30,8%) (Tabela 3).

Entre os tumores malignos da glândula parótida 40% eram carcinomas mucoepidermóides, 35% carcinomas adenoides císticos, 15% de carcinomas de células acinares e 5% Adenocarcinoma NOS e carcinoma do ducto salivar.

Na glândula submandibular, houveram 9 (7,3%) tumores benignos e nenhum tumor maligno, destacando-se ainda que todos os tumores da glândula submandibular foram adenomas pleomórficos.

De todos os tumores de glândulas salivares menores, 4 (40%) eram benignos e 6 (60%) eram malignos (Tabela 2). A distribuição dos tumores de glândulas salivares menores de acordo com o subtipo histopatológico e localização é mostrado na Tabela 4. O palato foi o local mais frequente (40%). Todos os tumores benignos de glândula salivar menor eram adenomas pleomórficos e entre os tumores malignos, 66,6% eram carcinomas adenoide císticos, seguido por adenocarcinoma NOS (16,6%) e adenocarcinoma polimorfo de baixo grau (16,6%) (Tabela 4).

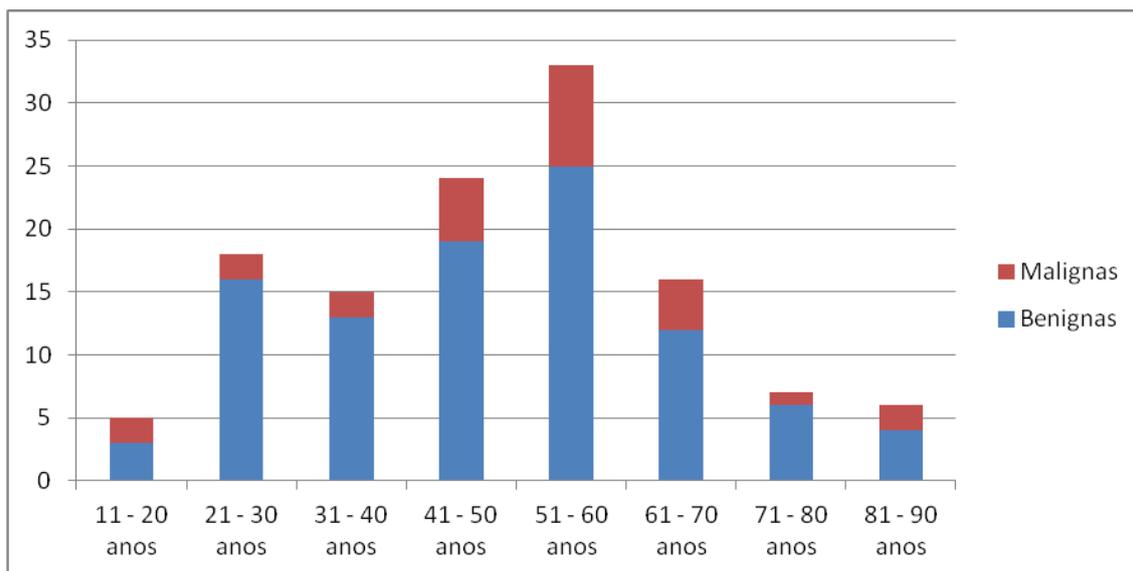


Figura I: Distribuição dos casos de neoplasias de glândulas salivares de acordo com o tipo e a faixa etária dos pacientes.

Tabela I: Distribuição absoluta e relativa dos casos de neoplasias de glândulas salivares de acordo com os parâmetros clínico-patológicos.

Parâmetros clínico-patológicos	n (%)
Sexo	
<i>Masculino</i>	40 (32,3)
<i>Feminino</i>	84 (67,7)
Raça	
<i>Branca</i>	103 (83,1)
<i>Não branca</i>	21 (16,9)
Tipo de glândula	
<i>Salivar maior</i>	114 (91,9)
<i>Salivar menor</i>	10 (8,1)
Localização	
<i>Glândula parótida</i>	105 (84,7)
<i>Glândula submandibular</i>	9 (7,3)
<i>Palato</i>	4 (3,2)
<i>Lábio superior</i>	2 (1,6)
<i>Mucosa jugal</i>	2 (1,6)
<i>Assoalho bucal</i>	1 (0,8)
<i>Língua</i>	1 (0,8)

Tabela II: Distribuição absoluta e relativa dos casos de neoplasias de glândulas salivares de acordo com a localização anatômica e o tipo de neoplasia.

Localização anatômica	Neoplasia		Total n (%)
	Benigna n (%)	Maligna n (%)	
<i>Glândula parótida</i>	85 (86,7)	20 (76,9)	105 (84,7)
<i>Glândula submandibular</i>	9 (9,2)	0 (0,0)	9 (7,3)
<i>Palato</i>	2 (2,0)	2 (7,7)	4 (3,2)
<i>Lábio superior</i>	0 (0,0)	2 (7,7)	2 (1,6)
<i>Mucosa jugal</i>	1 (1,0)	1 (3,8)	2 (1,6)
<i>Assoalho bucal</i>	0 (0,0)	1 (3,8)	1 (0,8)
<i>Língua</i>	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,8)
Total	98 (100,0)	26 (100,0)	124 (100,0)

Tabela III: Distribuição absoluta e relativa dos casos de neoplasias de glândulas salivares de acordo com o subtipo histológico da lesão e o sexo dos pacientes.

Subtipo histopatológico	Sexo		Total n (%)
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	
Neoplasias benignas			
<i>Adenoma pleomórfico</i>	21 (70,0)	65 (95,6)	86 (87,8)
<i>Tumor de Warthin</i>	8 (26,7)	1 (1,5)	9 (9,2)
<i>Adenoma de células basais</i>	1 (3,3)	2 (2,9)	3 (3,1)
Total	30 (100,0)	68 (100,0)	98 (100,0)
Neoplasias malignas			
<i>Carcinoma adenóide cístico</i>	3 (30,0)	8 (50,0)	11 (42,3)
<i>Carcinoma mucoepidermóide</i>	4 (40,0)	4 (25,0)	8 (30,8)
<i>Carcinoma de células acinares</i>	1 (10,0)	2 (12,5)	3 (11,5)
<i>Adenocarcinoma NOS</i>	2 (20,0)	0 (0,0)	2 (7,7)
<i>Adenocarcinoma polimorfo de baixo grau</i>	0 (0,0)	1 (6,3)	1 (3,8)
<i>Carcinoma do ducto salivar</i>	0 (0,0)	1 (6,3)	1 (3,8)
Total	10 (100,0)	16 (100,0)	26 (100,0)

Tabela IV: Distribuição absoluta e relativa dos casos de neoplasias de glândulas salivares de acordo com a localização anatômica.

	Glândula parótida	Glândula submandibular	Palato	Mucosa jugal	Língua	Lábio superior	Assoalho bucal	Total (%)
Neoplasias benignas								
<i>Adenoma pleomórfico</i>	73	9	2	1	1	0	0	86 (87,8)
<i>Tumor de Warthin</i>	9	0	0	0	0	0	0	9 (9,2)
<i>Adenoma de células basais</i>	3	0	0	0	0	0	0	3 (3,1)
Total (%)	85 (86,7)	9 (9,2)	2 (2,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	98 (100,0)
Neoplasias malignas								
<i>Carcinoma adenóide cístico</i>	7	0	2	0	0	1	1	11 (42,3)
<i>Carcinoma mucoepidermóide</i>	8	0	0	0	0	0	0	8 (30,8)
<i>Carcinoma de células acinares</i>	3	0	0	0	0	0	0	3 (11,5)
<i>Adenocarcinoma NOS</i>	1	0	0	0	0	1	0	2 (7,7)
<i>Adenocarcinoma polimorfo de baixo grau</i>	0	0	0	1	0	0	0	1 (3,8)
<i>Carcinoma do ducto salivar</i>	1	0	0	0	0	0	0	1 (3,8)
Total (%)	20 (76,9)	0 (0,0)	2 (7,7)	1 (3,8)	0 (0,0)	2 (7,7)	1 (3,8)	26 (100,0)

4. DISCUSSÃO

O presente estudo analisou 124 tumores de glândulas salivares e apresentou predomínio de tumores benignos (79%), semelhante à maioria dos estudos publicados [5, 6, 7, 9, 10, 12 18,19]. Considerando-se apenas as glândulas salivares menores, os tumores malignos tiveram um discreto predomínio (60%). Em contraste, outros levantamentos [20,21] encontraram um predomínio de tumores benignos nas glândulas salivares menores. Nos estudos de Targa-Stramandinoli et al.[7] e Tian et al. [22] ambos os tumores benignos e malignos tiveram uma frequência de 50%.

Os tumores de glândulas salivares apresentaram maior acometimento do sexo feminino (67,7%), com uma proporção entre homens e mulheres de 1:2,1. Esses achados estão de acordo com os relatos de Ito et al. [6] e Mejia-Velázquez et al. [14]. Já Souza, Bernal e Curado [23] afirmaram que as taxas de incidência são maiores em homens. No entanto, a diferença segundo o sexo é pequena [23].

Tanto para tumores benignos como malignos, o sexo feminino foi mais afetado, corroborando os achados de Morais et al. [19]

Com relação à idade, a maior proporção das neoplasias benignas e malignas foi diagnosticada em indivíduos na sexta década de vida. Em outro estudo realizado em uma população Brasileira [6] a idade e o sexo foram diferentes para tumores benignos e malignos da glândula salivar. Pacientes com tumores benignos geralmente foram mais jovens e mulheres, com pico de incidência na quinta década. Por outro lado, pacientes com tumores malignos comumente eram mais velhos e homens, com pico de incidência da sétima década. Lima et al. [24] verificaram que não há uma clara predileção por sexo, e os casos de tumores malignos tendem a aparecer a partir da 4ª década de vida.

Em relação a localização anatômica, a glândula mais acometida foi a parótida, com 84,7% dos casos. As glândulas salivares menores foram o segundo local de acometimento mais comum com 8% de todos os tumores, seguido pela glândula submandibular (7,3%). Semelhante distribuição foi encontrada por outros autores. [7,25]. Em glândulas salivares menores, o palato foi a região mais envolvida, o que esteve em consonância com outros estudos retrospectivos [1, 5, 11,21,25, 26].

Ao considerar o tipo de tumor, o diagnóstico de adenoma pleomórfico foi o mais encontrado com 87,8% dos casos. A maior distribuição deste tipo de neoplasia benigna está em concordância com o encontrado em outras séries [1,6, 19].

Em relação aos tumores malignos, os dados obtidos revelaram que o carcinoma adenóide cístico e o carcinoma mucoepidermóide foram os mais encontrados, havendo uma maior frequência do primeiro tipo (42,3% e 30,8%, respectivamente). Contudo outros estudos [6, 11, 19] evidenciaram maior incidência de carcinoma mucoepidermóide em relação ao adenóide cístico. No estudo de Tian et al. [7] foram encontradas a mesmas proporções (30%) para ambos os tumores.

Em concordância com outras séries publicadas [6,9,12,19] não foram encontrados casos de tumores em glândula sublingual, confirmando a baixa prevalência de tumores oriundos deste sítio. Wang et al. [11] encontraram uma quantidade de 6 tumores de glândula sublingual em um total de 1176 casos pesquisados, resultando em uma porcentagem de 0,5% de todos os sítios anatômicos considerados. Em contraste, Satko et al.[27] relataram uma quantidade de 33 (3.2%) tumores em glândula sublingual de um total 1021 casos.

Neste estudo, entre os tumores de glândulas salivares menores, 6 (60,0%) eram malignos. Outros estudos retrospectivos de tumores de glândulas salivares [5,7] têm

mostrado resultados semelhantes, com a incidência de tumores malignos em glândulas salivares menores variando entre 50-76%.

Luksic et al. [10] afirmaram que ao comparar os dados de diferentes estudos, existem algumas discrepâncias na frequência e distribuição destes tumores, o qual é possivelmente influenciada pela raça e pela localização geográfica da população em questão. Os mesmos autores enfatizaram que enquanto alguns relatos na literatura são baseadas em resultados de instituições de cirurgia oral, outros são baseados em resultados de cirurgia de cabeça e pescoço, portanto, espera-se que a distribuição dos tumores não esteja necessariamente em concordância.

5. CONCLUSÃO

Pode-se concluir que houve uma maior incidência de tumores benignos, sendo o adenoma pleomórfico o tipo mais encontrado em glândula parótida. Os dados demográficos aqui apresentados poderão ser úteis para uma melhor compreensão das características clínicas e patológicas dos tumores de glândulas salivares, incluindo as variações geográficas na frequência e na distribuição da doença, servindo de comparação com dados de estudos semelhantes publicados.

6. REFERÊNCIAS

1. Jaafari-Ashkavandi Z, Ashraf MJ, Moshaverinia M. Salivary Gland Tumors: a clinicopathologic study of 366 cases in southern Iran. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2013;14(1): 27-30
2. Speight PM, Barrett AW. Salivary glands and saliva. *Oral Dis.* 2002;8(5):229–240.
3. Zdanowski R, Dias FL, Barbosa MM, Lima RA, Faria PA, Loyola AM, Souza KCN. Sublingual gland tumors: clinical, pathologic, and therapeutic analysis of 13 patients treated in a single institution. *Head Neck.* 2011; 33(4):476-81.
4. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization classification of tumours. In: *Pathology and genetics of head and neck tumours.* Lyon: IARC Press; 2005. p. 254–8.
5. Jansisyanont P, Blanchaert Jr RH, Ord RA. Intraoral minor salivary gland neoplasm: a single institution experience of 80 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2002;31(3):257-61.
6. Ito FA, Ito K, Vargas PA, De Almeida OP, Lopes MA. Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 496 cases. *Int. J. Oral Maxillofac* 2005; 34(5): 533-6.
7. Tian Z, Li L, Wang L, Hu Y, Li J. Salivary gland neoplasms in oral and maxillofacial regions: a 23-year retrospective study of 6982 cases in an eastern Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010;39(3):235-42.
8. Muenscher A, Diegel T, Jaehne M, Ussemüller J, Koops S, Sanchez-Hanke M. Benign and malignant salivary gland diseases in children. A retrospective study of 549 cases from the Salivary Gland Registry, Hamburg. *Auris Nasus Larynx.* 2009; 36(3):326-31
9. Oliveira LR, Soave DF, Oliveira-Costa JP, Zorretto VA, Ribeiro-Silva A. Prognostic Factors in Patients with Malignant Salivary Gland Neoplasms in a Brazilian Population. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2010, 12, 363-368.
10. Luksic I, Virag M, Manojlovic S, Macan D. Salivary gland tumours: 25 years of experience from a single institution in Croatia. *J Craniomaxillofac Surg.* 2012;40(3):75-81.
11. Wang Y-L, Zhu Y-X, Chen TZ, Wang Y, Sun G-H, Zhang L, Huang CP, Wang ZY, Shen Q, Li DS, Wu Y, Ji Q-H. Clinicopathologic study of 1176 salivary gland tumors in a Chinese population: Experience of one cancer center 1997–2007. *Acta Otolaryngol.* 2012;132(8):879-86.
12. Fonseca FP, Carvalho MV, Almeida OP, Rangel ALCA, Takizawa MCH, Bueno AG, Vargas PA. Clinicopathologic analysis of 493 cases of salivary gland tumors in a Southern Brazilian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012; 114(2):230-9.

13. da Cruz Perez DE, Pires FR, Alves FA, Almeida OP, Kowalski LP. Sublingual salivary gland tumors: clinicopathologic study of six cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 100 (4):449–453.
14. Mejía-Velázquez CP, Durán-Padilla MA, Gómez-Apo E, Quezada- Rivera D, Gaitán-Cepeda LA. Tumors of the salivary gland in Mexicans. A retrospective study of 360 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012; 17 (2):183-9.
15. Rinaldo A, Shaha AR, Pellitteri PK, Bradley PJ, Ferlito A. Management of malignant sublingual salivary gland tumors. *Oral Oncol* 2004; 40 (1): 2–5.
16. Kruse ALD, Grätz KW, Obwegeser JA, Lübbers HT. Malignant minor salivary gland tumors: a retrospective study of 27 cases. *Oral Maxillofac Surg*. 2010; 14(4):203-9.
17. Subhashraj K. Salivary gland tumors: a single institution experience in India. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2008;46(8):635-8.
18. M. A. Jaber: Intraoral minor salivary gland tumors: a review of 75 cases in a Libyan population. *Int. J. Oral Maxillofac*. 2006; 35(2): 150-4.
19. Morais MLSA, Azevedo RP, Carvalho CH, Medeiros L, Lajus T, Costa ALL. Clinicopathological study of salivary gland tumors: an assessment of 303 patients. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(5): 1035-1040.
20. Toida M, Shimokawa K, Makita H, Kato K, Kobayashi A, Kusunoki Y, Hatakeyama D, Fujitsuka H, Yamashita T, Shibata T. Intraoral minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 82 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2005;34(5):528-32.
21. Pires FR, Pringle GA, Almeida OP, Chen SY. Intra-oral minor salivary gland tumors: A clinicopathological study of 546 cases. *Oral Oncology* 2007; 43 (5): 463– 470.
22. Targa-Stramandinoli R, Torres-Pereira C, Piazzetta CM, Giovanini AF, Amenábar JM. Minor salivary gland tumours: a 10-year study. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2009; 60(3):199-201.
23. Souza DLB, Bernal MM, Curado MP. Evolución de la incidencia de los cánceres de glándulas salivales mayores en Espana (1978-2002). *Gac Sanit*. 2012;26(1):65–68
24. Lima MA, Filho PRSM, Silva LCF, Piva MR, Santos TS. Perfil dos pacientes portadores de neoplasias malignas orais em uma população Brasileira. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac*. 2010; 10 (4): 93-102.
25. Moatemri R, Belajouza H, Farroukh U, Ommezzine M, Slama A, Ayachi S, Khochtali H, Bakir A. Profil epidemiologique des tumeurs des glandes salivaires dans un CHU tunisien. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2008;109:148-152.

26. Ansari M. Salivary gland tumors in an Iranian population: a retrospective study of 130 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(11):2187-94.
27. Satko I, Stanko P, Longauerová I: Salivary gland tumours treated in the stomatological clinics in Bratislava. *J Craniomaxillofac Surg.* 2000;28(1):56-61.

ANEXO I: CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PARA APRECIAÇÃO ÉTICA

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


Prof.ª Dra. Doralícia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (19)

Número do CAAE: 15068713.0.0000.5187

**Título: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIAS
EM GLÂNDULAS SALIVARES EM HOSPITAIS DE REFERÊNCIA DA PARAÍBA**

Data da relatoria: 07/08/2013

Pesquisador Responsável: Gustavo Pina Godoy

Situação do Projeto: APROVADO.

ANEXO II: NORMAS DO PERIÓDICO ODONTOLOGIA CLÍNICO-CIENTÍFICA

Forma e preparação de manuscritos

Os originais deverão ser digitados em espaço duplo, papel ofício (tamanho A-4), observando-se o máximo de páginas para cada categoria, sendo Artigos Originais, Revisão (20 páginas); Notas de Pesquisa, Relatos de Casos, ensaios, de experiências (15 páginas); todas as páginas deverão estar devidamente numeradas e rubricadas pelo(s) autor(es), incluindo ilustrações e tabelas. Os trabalhos deverão ser enviados ao CRO/PE, por correio ou e-mail, 02 vias do artigo, 1 com identificação dos autores e outra sem identificação, e acompanhados do CD, quando enviados por correio, usando um dos programas: MSWORD, WORD PERFECT, WORD FOR WINDOWS, e da Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais. O manuscrito deverá seguir a seguinte ordem:

A) Título (língua original) e seu correspondente em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de título em português ou espanhol;

B) Nome do(s) autor(es) , por extenso, com as respectivas chamadas, contendo as credenciais (títulos e vínculos). Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência;

C) Resumo e Descritores (sinopse de até 200 palavras), com descritores (unitermos, palavras-chaves) de identificação, de conteúdo do trabalho, no máximo de cinco. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou espanhol;

D) Texto: o texto em si deverá apresentar introdução, desenvolvimento e conclusão (ou considerações finais). O exemplo a seguir deve ser utilizado para estruturação de um artigo, relato de uma pesquisa: INTRODUÇÃO: exposição geral do tema devendo conter os objetivos e a revisão de literatura; DESENVOLVIMENTO: núcleo do

trabalho, com exposição e demonstração do assunto, que deverá incluir a metodologia, os resultados e a discussão; CONCLUSÃO: parte final do trabalho baseado nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo;

E) Sinopse ou Abstract, datilografado em inglês, com descritores em inglês;

F) Agradecimentos - contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, mas que não preenchem os requisitos para participar de autoria. Também podem constar desta parte instituições pelo apoio econômico, pelo material ou outros;

G) As referências (máximo de 30) devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

*Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

*No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

H) Tabelas e/ ou figuras (máximo 5)

Tabelas

Devem ser apresentadas em folhas separadas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé e não no cabeçalho ou título. Se as tabelas forem extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser apresentadas em folhas à parte e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Abreviaturas e Siglas

Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecerem nas tabelas e nas figuras, devem ser acompanhadas de explicação. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

Publicação de ensaios clínicos

Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico. Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FICHA INDIVIDUAL

CONTROLE DE IDENTIFICAÇÃO

Nº FICHA: _____

Hospital: _____

DADOS DO PRONTUÁRIO

1. Sexo: () Masculino () Feminino
2. Idade: _____ anos
3. Raça: () Branca () Não branca
4. Localização anatômica: () Parótida () Submandibular
() Sublingual () glândulas salivares menores _____
5. Tipo de glândula: () Salivar maior
() Salivar menor
6. Tamanho do tumor: _____
7. Tipo de tumor: () Benigno () Maligno
8. Diagnóstico Histopatológico: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE**APÊNDICE B**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIAS EM GLÂNDULAS SALIVARES EM HOSPITAIS DE REFERÊNCIA DA PARAÍBA**. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

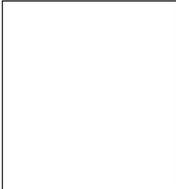
O trabalho **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIAS EM GLÂNDULAS SALIVARES EM HOSPITAIS DE REFERÊNCIA DA PARAÍBA** terá como objetivo geral realizar um levantamento do perfil epidemiológico das neoplasias nas glândulas salivares diagnosticadas no Hospital Napoleão Laureano na cidade de João Pessoa-PB , durante o período de janeiro de 2002 a dezembro de 2012. Ao voluntário caberá a autorização para preenchimento de ficha específica com os dados dos prontuários, e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 88587314 com Gabriella de Vasconcelos Neves.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Gustavo Pina Godoy
Orientador/Responsável pelo Projeto

Gabriella de Vasconcelos Neves
Participante do Projeto/Orientando

Participante da Pesquisa


Assinatura dactiloscópica

Participante da pesquisa