

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

NILTON CEZAR GENOVES CHUKELU

**CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE MIMETIZANDO LESÃO
BENIGNA – RELATO DE CASO**

CAMPO GRANDE
2023

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE MIMETIZANDO LESÃO BENIGNA – RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Daniella Moraes Antunes.

CAMPO GRANDE
2023

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE MIMETIZANDO LESÃO BENIGNA – RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Daniella Moraes Antunes.

Resultado: _____

Campo Grande (MS), _____ de _____ de _____.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

(presidente)

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul / UFMS

Prof. Dr. _____

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul / UFMS

Prof. Dr. _____

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul / UFMS

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, Elizangela, devido à sua força e determinação em me proporcionar um futuro melhor, sempre venceu os obstáculos e garantindo que eu tivesse uma educação de qualidade.

Também dedico aos meus avós que me incentivaram muito, sobretudo, no início da graduação.

Por fim, à tia Rosângela que por pouco não pôde me ver chegar aqui, mas sempre dizia o quão perto eu estava do meu objetivo ao me perguntar quantos meses faltavam para a formatura.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, sobretudo aos que acreditaram em mim, e principalmente às pessoas como a minha mãe e os meus avós. Estes tornaram a graduação mais confortável contribuindo não só monetariamente, mas com muito incentivo durante toda a trajetória.

Agradeço aos meus amigos que serviram de exemplo, que me apoiaram, incentivaram e me proporcionaram distração nos momentos mais tensos da graduação. Conhecer as pessoas que estiveram comigo é um presente que somente essa graduação traria, grato pelos momentos com pessoas como Rusylene, Bruna que me proporcionaram uma segunda família na instituição e à Laura que se tornou minha dupla nos últimos estágios e sempre trouxe muito otimismo e companheirismo para os dias de tensão.

Também grato pela Prof^a Daniella Antunes, que me orientou durante a composição deste trabalho e sempre se mostrou muito solícita perante às minhas dúvidas e dificuldades.

Servidores como Alvilene, Selma, Zilma, Sorley e Lidiane possuem muito da minha gratidão por serem profissionais que sempre estiveram disponíveis para nos auxiliar nas tarefas da graduação.

Gratifico também todos os meus semelhantes que me antecederam nessa jornada, provando que sempre podemos alcançar nossos objetivos apesar dos obstáculos que nos é atribuído desde o nosso primeiro vínculo com a instituição.

Agradecido às políticas públicas que ajudaram a obter a ingresso e também a permanência em uma área não racializada e completamente elitista.

*“Suba o primeiro degrau com fé.
Não é necessário que você veja toda a escada.
Apenas dê o primeiro passo”*

Martin Luther King Jr.

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE MIMETIZANDO LESÃO BENIGNA – RELATO DE CASO

RESUMO

O carcinoma mucoepidermoide é considerado a neoplasia maligna mais frequente das glândulas salivares menores. A lesão é composta por uma mistura de células mucosas, epidermoides e intermediárias, e assim, de acordo com a quantidade de cada tipo celular, a Organização Mundial da Saúde classifica a neoplasia como de baixo, intermediário ou alto grau de malignidade. Essa classificação está relacionada diretamente com o prognóstico da neoplasia. A doença comumente se manifesta como aumento de volume assintomático, mas pode estar associado à ulceração superficial, dor e parestesia. Este estudo tem como objetivo relatar o caso de paciente do sexo feminino, 40 anos, que apresentou lesão nodular bem delimitada, de consistência fibrosa, localizada no palato duro, próximo ao limite com o palato mole, de cor semelhante à mucosa, sem sinal de dor, com diâmetro de apenas 6 mm. Após análise histopatológica da biópsia excisional, o diagnóstico foi de carcinoma mucoepidermoide de grau intermediário. A paciente foi encaminhada para o cirurgião de cabeça e pescoço que está realizando acompanhamento periódico da mesma. As hipóteses diagnósticas do caso apresentado foram de mucocele e adenoma pleomórfico e em função do tamanho reduzido da lesão, optou-se por biópsia excisional que até o momento mostrou-se eficiente como único tratamento, uma vez que houve completa cicatrização da área afetada, sem necessidades de outro procedimento cirúrgico. Como para qualquer neoplasia maligna, o diagnóstico precoce é essencial para um melhor prognóstico.

Palavras-chave: Tumor mucoepidermoide. Câncer de cabeça e pescoço. Diagnóstico.

ABSTRACT

Mucoepidermoid carcinoma is considered the most common malignant neoplasm of the minor salivary glands. . The lesion is composed of a mixture of mucous, epidermoid and intermediate cells, and therefore, according to the quantity of each cell type, the World Health Organization classifies the neoplasm as low, intermediate or high degree of malignancy. This classification is directly related to the prognosis of the neoplasm. The disease commonly manifests as asymptomatic swelling, but may be associated with superficial ulceration, pain and paresthesia. The aim of this study is to report the case of a 40-year-old female patient who presented with a well-defined nodular lesion, of fibrous consistency, located on the hard palate, close to the boundary with the soft palate, similar in color to the mucosa, asymptomatic, with a diameter of only 6 mm. After histopathological analysis of the excisional biopsy, the diagnosis was intermediate grade mucoepidermoid carcinoma. The patient was referred to a head and neck surgeon who is carrying out periodic follow-up. The clinical hypotheses of the case presented were mucocele and pleomorphic adenoma. Due to the reduced size of the lesion, an excisional biopsy was chosen, which has so far proven to be efficient as the only treatment, since there was complete healing of the affected area, without need for another surgical procedure. As with any malignant neoplasm, early diagnosis is essential for a better prognosis.

Keywords: Mucoepidermoid tumor. Head and neck cancer. Diagnosis.

ABSTRACT RESUMEN

El carcinoma mucoepidermoide se considera la neoplasia maligna más frecuente de las glándulas salivales menores. La lesión está formada por una mezcla de células mucosas, epidermoides e intermedias, por lo que, en función de la cantidad de cada tipo celular, la Organización Mundial de la Salud clasifica la neoplasia como de grado de malignidad bajo, intermedio o alto. Esta clasificación está directamente relacionada con el pronóstico de la neoplasia. La enfermedad suele manifestarse como un agrandamiento asintomático, pero puede asociarse a ulceración superficial, dolor y parestesias. El objetivo de este estudio es reportar el caso de una paciente de 40 años de edad que presentó una lesión nodular bien definida, de consistencia fibrosa, localizada en el paladar duro, cerca del límite con el paladar blando, de coloración similar a la mucosa, sin signos de dolor y de sólo 6 mm de diámetro. Tras el análisis histopatológico de la biopsia excisional, el diagnóstico fue carcinoma mucoepidermoide de grado intermedio. La paciente fue derivada a un cirujano de cabeza y cuello que la controla regularmente. Las hipótesis diagnósticas para el caso presentado fueron mucocele y adenoma pleomorfo. Debido al pequeño tamaño de la lesión, se optó por la biopsia escisional, que hasta el momento ha demostrado ser el único tratamiento eficaz, ya que la zona afectada ha cicatrizado completamente sin necesidad de otro procedimiento quirúrgico. Como en cualquier neoplasia maligna, el diagnóstico precoz es esencial para un mejor pronóstico.

Palabras clave: Tumor mucoepidermoide. Cáncer de cabeza y cuello. Diagnóstico.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. RELATO DE CASO	12
3. DISCUSSÃO	13
4. REFERÊNCIAS.....	15
5. ANEXO.....	17

**ANEXO – NORMAS DE FORMATAÇÃO DO PERIÓDICO “RESEARCH,
SOC17IETY AND DEVELOPMENT”**

1. Introdução

O carcinoma mucoepidermoide (CME) é uma neoplasia maligna que pertence ao grupo de tumores de glândulas salivares, é um tipo raro de câncer, representando de 3% a 5% dos cânceres de cabeça e pescoço ^{4,14}. Apesar da sua raridade, o CME é a mais comum entre as neoplasias malignas de glândula salivar, acometendo com maior frequência pacientes com a idade média de 40 anos e apresentando predileção por mulheres, sendo a proporção de 3:2 mulheres/homens ³. Pode acometer glândulas salivares maiores e menores, sendo o sítio mais comum as glândulas parótidas, seguidas pelas da submandibulares e glândulas salivares menores. Das glândulas menores, o sítio mais acometido é o palato ^{8,19}.

Inicialmente se caracteriza como uma massa indolor e o desenvolvimento é cístico, microcístico ou sólido, e a proporção celular é diretamente ligada ao tempo de desenvolvimento da neoplasia. Clinicamente as áreas sólidas são brancas ou acinzentadas e a porção cística tem aspecto de fluidos viscosos ^{3,30}. Lesões intermediárias e de alto risco não costumam apresentar massa cística, uma vez que apresentam, geralmente são hemorrágicos e diretamente ligadas à áreas de necrose e degeneração ³⁰.

O MEC é classificado em grau baixo, intermediário e alto levando em consideração pontos como a proporção celular, nível de atipia, como as células se organizam e a quantidade de mitose ²⁹. As lesões de baixo grau tendem a serem císticas (mais células mucosas) e as de alto grau são mais sólidas (conteúdo epidermoide) ⁴. Geralmente, as lesões de baixo grau requerem remoção cirúrgica, enquanto as de alto grau exigem radiação além de cirurgia, e o grau intermediário acabava gerando dúvidas em relação ao que deve ser feito ¹, mas hoje acredita-se que deve ter um tratamento semelhante ao de alto grau ¹⁰. A lesão de CME em palato tem capacidade de se disseminar para o trato respiratório e base do crânio, em parótida pode metastatizar para linfonodos pré-auriculares, submandibulares e para a cadeia linfática jugular ¹⁸.

Como o plano de tratamento e, conseqüentemente, o prognóstico, dependem diretamente do diagnóstico correto e gradação histológica, será apresentado o caso de paciente que apresentou pequeno nódulo em palato cujas hipóteses clínicas de lesões foram de lesões reacionais benignas. No entanto, a lesão tratava-se de um CME de grau intermediário e assim, a paciente foi encaminhada para tratamento e acompanhamento com médico oncologista.

2. Relato de caso.

Paiente do sexo feminino, 40 anos, reside em Campo Grande/MS, compareceu à clínica de Patologia de Faodo – UFMS queixando-se de lesão em palato, com evolução de seis meses, sem queixas álgicas. Nada digno de nota foi relatado na história médica pregressa ou atual durante anamnese. Ao exame físico mostrou-se lesão nodular bem delimitada e de consistência fibrosa. Localizada em palato duro, próxima à linha média, possuía cor semelhante à mucosa e seis milímetros no maior diâmetro (Figura 1). Palpação de cadeia ganglionar dentro da normalidade. Ao exame clínico, mostrou-se lesão nodular com a mesma cor da mucosa, medindo 6x6x4mm, as hipóteses de diagnóstico foram de hiperplasia fibrosa, mucocele e adenoma pleomórfico.

Dessa forma, foi realizada biópsia excisional e os cortes histológicos revelaram fragmento de neoplasia glandular caracterizada pela formação de espaços cístico preenchidos por material interpretado como mucina. As células neoplásicas epidermóides, intermediárias e mucosas formam o revestimento cístico assim como agrupavam-se em ninhos ou formavam estruturas ductiformes. Observou-se considerável grau de atipia como pleomorfismo e hiperchromatismo nuclear e aumento da relação núcleo/citoplasma. As margens da lesão mostravam-se comprometidas com a neoplasia. O diagnóstico foi de carcinoma mucoepidermóide de grau intermediário (Figura 2).

A paciente foi encaminhada para médico cirurgião de cabeça e pescoço que solicitou revisão da microscopia em laboratório particular. O diagnóstico foi compatível com a primeira análise e assim, a paciente foi submetida à nova cirurgia com extensão de margens. Nesta segunda intervenção, os cortes microscópicos não mostraram presença de células neoplásicas, apenas área de fibrose de padrão cicatricial e ausência de critérios de malignidade. Há cinco anos a paciente está sendo acompanhada pelo médico responsável, sem sinais ou sintomas relacionados à doença.



Figura 1 – Características clínicas da lesão nodular, com cor semelhante à mucosa.

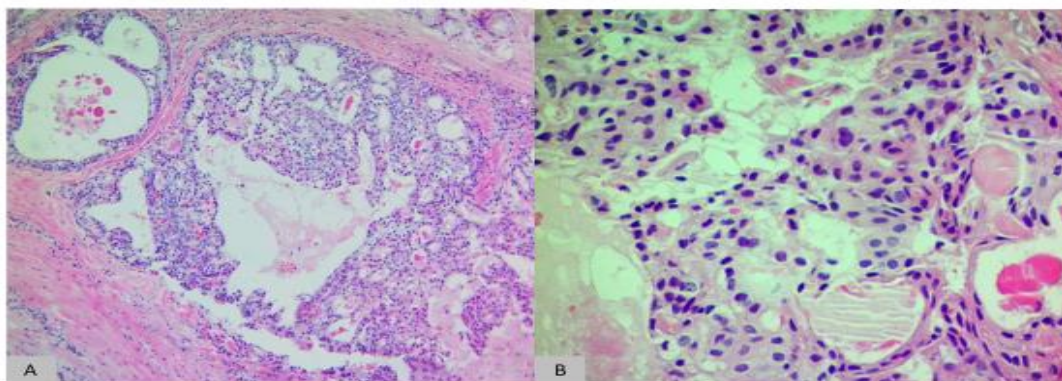


Figura 2 – Características microscópicas da lesão. Espaços císticos (A), predominio de células intermediárias (B), seguida de mucosas e epidermóides.

3. Discussão

Carcinoma mucoepidermoide é um tumor que pode afetar glândulas salivares maiores e menores, que geralmente atinge o palato quando acomete glândulas salivares menores²⁶. A literatura não indica uma predileção por raça, mas exibe prevalência pelo sexo feminino²⁶. O CME é menos frequente na terceira idade e também em jovens na primeira década de vida^{25,22}. Entre os tumores malignos que acometem as glândulas salivares, o CME é o mais comum e o seu tamanho depende da região acometida, alcançando maior diâmetro glândulas maiores, seguido por glândulas menores intra-orais²².

No presente trabalho foi relatado um caso diagnosticado como carcinoma mucoepidermoide de grau intermediário em paciente de 40 anos do sexo feminino. A lesão localizada no palato evoluiu por 6 meses e chegou a medir 6x6x4mm. Possuía a mesma cor da mucosa, era nodular, globosa e sem sinal de dor. Em virtude da sua característica clínica, a lesão recebeu hipóteses diagnósticas de hiperplasia fibrosa, mucocele e adenoma pleomórfico, e tendo em vista a benignidade das hipóteses, a paciente foi submetida a uma biópsia excisional.

O aumento volumétrico muitas vezes é o primeiro sintoma que acompanha a lesão, a coloração da lesão pode variar entre azul e violeta e pode ser flutuante como as lesões de mucocele³⁰. Em casos como o apresentado neste relato, onde há invasão do espaço perineural, mas sem surgimento de ulceração, é muito provável que de fato não haja sintomatologia dolorosa como relatado pela paciente, o que corrobora para hipóteses diagnósticas benignas como mucocele ou hiperplasia, e é um dos motivos para salientar a importância de análise histopatológica das lesões^{24,26}. Entretanto, quando há suspeita de malignidade dentre as hipóteses diagnósticas, a biópsia incisiva é a opção mais apropriada para se obter informações da lesão antes do tratamento definitivo (que pode até mesmo não ser cirúrgico dependendo da lesão)^{7,25}.

Histologicamente, o CME compreende três tipos celulares, sendo eles: células mucosas, pequenas células indiferenciadas e células epidermóides. A proporção celular pode variar muito, mas sabe-se que as lesões de baixo grau tendem a serem císticas possuindo maior quantidade de células mucosas, enquanto o alto grau geralmente envolve mais células epidermóides e a lesão é mais sólida¹⁴. A análise microscópica do presente caso evidenciou fragmento de neoplasia glandular caracterizada pela formação de espaços císticos de tamanho variado, estes eram preenchidos com material eosinofílico compreendido como mucina. A maioria das células são intermediárias, em menor quantidade mucosas e epidermóides que envolvem o espaço cístico e se agrupam em ninhos, formam também estruturas ductiformes e envolvem feixes nervosos. As células escamosas são poligonais com pontes intercelulares, já as células intermediárias têm formato basalóide enquanto as células mucosas tem um formato variável, mas tende a se corar positivamente por mucina devido seu citoplasma bolhoso.

O diagnóstico final foi de carcinoma mucoepidermoide de grau intermediário ainda possuindo margem cirúrgica comprometida, mas com invasão do espaço perineural, o que ia contra com a ausência de dor relatada pela paciente e evidencia o desafio do diagnóstico de malignidade do CME⁶. O tratamento designado para os indivíduos que se enquadram em baixo risco geralmente consiste na remoção cirúrgica da lesão toda, enquanto o alto risco tende a ser tratado com a associação da remoção cirúrgica, dissecação e radioterapia. O grau intermediário pode ou não funcionar da mesma forma, o caso teve uma biópsia excisional sem uma ampla margem devido ao seu tamanho, local e pela sua semelhança com mucocele⁴. Após a retirada do tumor, associado ou não à radioterapia, o paciente fica em preservação por cerca de 6 meses, a expectativa de um tratamento bem-sucedido é margem livre de neoplasia³³.

A taxa de mortalidade para as neoplasias maiores que três centímetros é o dobro de quem tem lesões menores¹⁶. A extensão da lesão também influencia no seu grau de malignidade, por mais que os 6mm da lesão da paciente sejam rico histologicamente, é um tamanho favorável para a remoção cirúrgica e sabe-se que o grau de diferenciação intermediário é muito comparado com o de com o baixo grau quando se trata de recidivas regionais e locais⁵.

O grau de diferenciação histológica tem relação direta com o prognóstico, a taxa de sobrevivência global em 5 anos para os casos de baixo grau varia em torno de 90%, enquanto casos avançados variam em 40% e intermediários com 60%. O caso clínico apresenta risco intermediário, mas tem condições favoráveis como tamanho da lesão, idade da paciente e também a localização da lesão. Afinal, o avanço da lesão não é facilmente notado nos sinus como é no palato, o que propiciou mais ainda para que houvesse uma remoção rápida da lesão ainda pequena sem a associação de radioterapia^{20, 24}.

Mesmo o caso clínico se tratando de CME classificado como intermediário, é esperado que o aumento de tamanho seja o sinal mais inicial; em casos mais severos sentem dor (muitas das vezes devido ulceração e invasão perineural) e posterior a isso, a menor porção dos casos experienciam a parestesia, esses sintomas pouco específicos também revelam o desafio no diagnóstico^{25,22}.

O carcinoma mucoepidermoide tem diferentes tipos histopatológicos, fazendo com que o diagnóstico seja um desafio⁵. Além de um diagnóstico rápido, é necessário que seja extremamente preciso para que o prognóstico seja o mais favorável possível, ainda assim, para se ter um prognóstico acurado é preciso estadar o grau de disseminação da lesão. Embora hajam 3 tipos celulares relacionados com a lesão, o grau do tumor é definido por 5 parâmetros: componente intracístico <20% (2 pontos), invasão neural (2 pontos), ação da necrose (3 pontos), mitose (4 ou mais por HPF) (3 pontos) e a presença ou ausência de anaplasia (4 pontos). Tumores de baixo grau pontuam até 4, intermediário 5 ou 6 e alto de 7 a 14 pontos².

O protocolo de estadiamento mais popular é o tumor-linfonodo-metástase (TNM), visando categorizar o grau da lesão levando em consideração fatores como o tamanho do tumor, se ocorre disseminação para os gânglios linfáticos (grau histopatológico) e se está se difundindo para outras partes do corpo (metástase). Portanto, considera-se um prognóstico favorável àquele que tem a menor classificação, ou seja, conta com um tumor pequeno, sem relação ganglionar e bem localizado (T1N0M0), que se enquadra na classificação da paciente¹⁵.

Conclusão

O caso clínico evidencia um CME intermediário que desenvolveu por seis meses, tendo o aumento volumétrico como a única queixa. Em frente a várias características que conotavam benignidade, a biópsia excisional foi elencada. Por mais que ela tenha destacado uma malignidade em grau intermediário, a remoção completa da lesão foi suficiente para que não houvesse nenhum outro tratamento mais invasivos como quimioterapia e radioterapia. Todavia, o trabalho visa salientar a importância da análise histopatológica e o quanto a documentação de caso e um diagnóstico precoce pode estar diretamente ligado a um prognóstico favorável e melhor qualidade de vida, uma vez que o caso clínico não apresentou recidiva nos últimos cinco anos.

Referências

- Aro, K., Leivo, I., & Mäkitie, A. A. (2008). Management and Outcome of Patients With Mucoepidermoid Carcinoma of Major Salivary Gland Origin: A Single Institution's 30-Year Experience. *The Laryngoscope*, 118(2), 258–262.
- Auclair, P. L., Goode, R. K., & Ellis, G. L. (1992). Mucoepidermoid carcinoma of intraoral salivary glands evaluation and application of grading criteria in 143 cases. *Cancer*, 69(8), 2021–2030. doi:10.1002/1097-0142(19920415)69:8<2021::aid-cnrcr2820690803>3.0.co;2-7
- Barnes, Leon, et al. Tumours of the salivary glands. World Health Organization Classification of Tumours: Pathology Genetics Head and Neck Tumours 2005:209–81.
- Byrd, S. A., Spector, M. E., Carey, T. E., Bradford, C. R., & McHugh, J. B. (2013). Predictors of Recurrence and Survival for Head and Neck Mucoepidermoid Carcinoma. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 149(3), 402–408.
- Sergio, A, Brasilino M. Carcinoma mucoepidermóide avançado das glândulas salivares Advanced mucoepidermoid carcinoma.
- Rani Iani C. Gonçalves; Afonso N. Dantas; Everton F. Moraes; Roseana A. Freitas Carcinoma mucoepidermoide em região retromolar: relato de caso Mucoepidermoid carcinoma of the retromolar region: case report.
- Carla Menegon, et al. "Importância da biópsia incisional em lesões orais potencialmente malignas." RSBO: Revista Sul-Brasileira de Odontologia 18.1 (2021).
- Coca, P. A., Rodrigo, J. P., Triantafyllou, A., Hunt, J. L., Rinaldo, A., Strojjan, P., ... Ferlito, A. (2014). Salivary mucoepidermoid carcinoma revisited. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 272(4), 799–819.
- Coelho, Tamires. Carcinoma mucoepidermóide mimetizando a mucocela: relato de caso destacando a importância da análise microscópica das lesões bucais. *Rev. Bras. Odontol.* 2018;75:e1016.
- Da Silveira, E. J. D., Veras Barros, S. S. L., Amorim, R. F. B. de, Queiroz, L. M. G., Freitas, R. de A., & Souza, L. B. de. (2006). Cytokeratin profile in mucoepidermoid carcinoma is not related to its histological grading of malignancy. *Experimental and Molecular Pathology*, 81(1), 72–76.
- Devaraju, R., Gantala, R., Aitha, H., & Gotoor, S. G. (2014). Mucoepidermoid carcinoma. *Case Reports*, 2014(aug01 1), bcr2013202776–bcr2013202776. doi:10.1136/bcr-2013-202776
- Dhanuthai, Boonadulyarat M, Jaengjongdee T, Jiruede K. A clinico-pathologic study of 31 intra-oral salivary gland tumors in Thais. *J Oral Pathol Med.* 2009; 38(6):495-500.
- Dmitry, José. Neoplasias intraorais de glândula salivar menor: estudo clínico-patológico (2016). Einstein (São Paulo) 14 (4).
- Ellis, M. A., Graboyes, E.M., Day, T. A., & Neskey, D. M. (2017). Fatores prognósticos e doença nodal oculta no carcinoma mucoepidermóide da cavidade oral e orofaringe: Uma análise do Banco Nacional de Câncer. *Oncologia Oral*, 72, 174-178.
- Hicks, J., & Flaitz, C. (2000). Mucoepidermoid carcinoma of salivary glands in children and adolescents: assessment of proliferation markers. *Oral Oncology*, 36(5), 454–460. doi:10.1016/s1368-8375(00)00033-6.
- John Hicks, M., El-Naggar, A. K., Byers, R. M., Flaitz, C. M., Luna, M. A., & Batsakis, J. G. (1994). Prognostic factors in mucoepidermoid carcinomas of major salivary glands: A clinicopathologic and flow cytometric study. *European Journal of Cancer Part B: Oral Oncology*, 30(5), 329–334. doi:10.1016/0964-1955(94)90034-5
- Kalaf, Ricardo. Carcinoma mucoepidermoide da traqueia mimetizando asma brônquica. *J. bras. pneumol.* 35 (3) • Mar 2009.
- Luna Ma. Salivary mucoepidermoid carcinoma: revisited. *Adv Anat Pathol.* 2006;13:293-307.
- Moreira ARO, Oliveira CDM, Figueirêdo EP, Silva RR, Lopes FF, Bastos EG. Levantamento epidemiológico das enfermidades das glândulas salivares em São Luís-MA: casuística de vinte anos. *RFO.* 2009; 14(2): 105-10.
- Pires FR, de Almeida OP, Pringle G, Chen SY. Differences on clinicopathological profile from intraoral minor salivary gland tumors around the world. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008;105(2):136-8.
- Pires FR, Pringle GA, de Almeida OP, Chen SY. Intra-oral minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 546 cases. *Oral Oncol.* 2007; 43(5):463-70.
- Pires, F. R., Alves, F. O. P. de, & Kowalski, L. P. (2002). Carcinoma mucoepidermóide de cabeça e pescoço: estudo clínico-patológico de 173 casos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 68(5), 679–684. doi:10.1590/s0034-72992002000500013
- Pires, F. R., Paes de Almeida, O., Cavalcanti de Araújo, V., & Kowalski, L. P. (2004). Prognostic Factors in Head and Neck Mucoepidermoid Carcinoma. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 130(2), 174. doi:10.1001/archotol.130.2.174
- Pohar, S., Gay, H., Rosenbaum, P., Klish, D., Bogart, J., Sagerman, R., ... Kellman, R. (2005). Malignant parotid tumors: Presentation, clinical/pathologic prognostic factors, and treatment outcomes. *International Journal of Radiation Oncology*Biophysics*, 61(1), 112–

118. doi:10.1016/j.ijrobp.2004.04.052B.W. Neville, D.D. Damm, C.M. Allen, J.E. Bouquot.

Rodrigues, A. A. N., Pinheiro, T. C., Alcadipane, F. A. M. C., ... Passos, S. D. (2016). Carcinoma mucoepidermoide: caso raro em paciente jovem. *Revista Da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 18(3), 173–176. doi:10.5327/z1984-4840201625342

Santos, T. S., Melo, D. G., Andrade, E. S. S., Silva, E. D. O., & Gomes, A. C. A. (2012). Carcinoma mucoepidermoide no palato: relato de caso. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 53(1), 29–33. doi:10.1016/j.rpemd.2011.11.002.

Seethala, R. R. (2009). An Update on Grading of Salivary Gland Carcinomas. *Head and Neck Pathology*, 3(1), 69–77.

Spiro, R. H., Huvos, A. G., Berk, R., & Strong, E. W. (1978). Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin. *The American Journal of Surgery*, 136(4), 461–468.

Vamesu S, Ursica OA, Gurita AM, Voda RI, Deacu M, Aschie M, Bosoteanu M, Cozaru GC, Mitroi AF, Orasanu CI. A retrospective study of nonneoplastic and neoplastic disorders of the salivary glands. *Medicine (Baltimore)*. 2023 Oct 20;102(42):e35751. doi: 10.1097/MD.00000000000035751. PMID: 37861511; PMCID: PMC10589586.

Vargas, P. A., Torres-Rendon, A., & Speight, P. M. (2007). DNA ploidy analysis in salivary gland tumours by image cytometry. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 36(6), 371–376. doi:10.1111/j.1600-0714.2007.00551.x

Zini, Michel; MORESCHI, Eduardo; TRENTO, Cleverson; GOTTARDO, Vilmar ; ZARDETTO JR, Renato. Carcinoma mucoepidermoide em palato: relato de caso. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* vol.10 no.1 Camaragibe Jan./Mar. 2010

Diretrizes para Autores

1) Estrutura do texto:

- Título em Português, Inglês e Espanhol.
- Os autores do artigo (devem ser colocados nesta sequência: nome, ORCID, instituição, e-mail). OBS.: O número do ORCID é individual para cada autor, e ele é necessário para o registro no DOI, e em caso de erro, não é possível realizar o registro no DOI).
- Resumo e Palavras-chave em português, inglês e espanhol (o resumo deve conter objetivo do artigo, metodologia, resultados e conclusão do estudo. Deve ter entre 150 a 250 palavras);
- Corpo do texto (deve conter as seções: 1. Introdução, na qual haja contextualização, problema estudado e objetivo do artigo; 2. Metodologia utilizada no estudo, bem como autores de suporte a metodologia; 3. Resultados (ou alternativamente, 3. Resultados e Discussão, renumerando os demais subitens); 4. Discussão e, 5. Considerações finais ou Conclusão);
- Referências: (Autores, o artigo deve ter no mínimo 20 referências as mais atuais possíveis. Tanto a citação no texto, quanto no item de Referências, utilizar o estilo de formatação da APA - American Psychological Association. As referências devem ser completas e atualizadas. Colocadas em ordem alfabética crescente, pelo sobrenome do primeiro autor da referência. Não devem ser numeradas. Devem ser colocadas em tamanho 8 e espaçamento 1,0, separadas uma das outras por um espaço em branco).

2) Layout:

- Formato Word (.doc);
- Escrito em espaço 1,5 cm, utilizando Times New Roman fonte 10, em formato A4 e as margens do texto deverão ser inferior, superior, direita e esquerda de 1,5 cm.;
- Recuos são feitos na régua do editor de texto (não pela tecla TAB);
- Os artigos científicos devem ter mais de 5 páginas.

3) Figuras:

O uso de imagens, tabelas e as ilustrações deve seguir o bom senso e, preferencialmente, a ética e axiologia da comunidade científica que discute os temas do manuscrito. Obs: o tamanho máximo do arquivo a ser submetido é de 10 MB (10 mega).

As figuras, tabelas, quadros etc. (devem ter sua chamada no texto antes de serem inseridas. Após a sua inserção, deve constar a fonte (de onde vem a figura ou tabela...) e um parágrafo de comentário no qual se diga o que o leitor deve observar de importante neste recurso. As figuras, tabelas e quadros... devem ser numeradas em ordem crescente. Os títulos das tabelas, figuras ou quadros devem ser colocados na parte superior e as fontes na parte inferior.

4) Autoria:

O arquivo em word enviado (anexado) no momento da submissão NÃO deve ter os nomes dos autores.

Todos os autores precisam ser incluídos apenas no sistema da revista e na versão final do artigo (após análise dos pareceristas da revista). Os autores devem ser registrados apenas nos metadados e na versão final do artigo (artigo final dentro do template) em ordem de importância e contribuição na construção do texto. OBS.: Autores escrevam o nome dos autores com a grafia correta e sem abreviaturas no início e final artigo e também no sistema da revista.

O artigo pode ter no máximo 7 autores. Para casos excepcionais é necessário consulta prévia à Equipe da Revista.

5) Comitê de Ética e Pesquisa:

Pesquisas envolvendo seres humanos devem apresentar aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.

6) Vídeos tutoriais:

- Cadastro de novo usuário: <https://youtu.be/udVFytOmZ3M>
- Passo a passo da submissão do artigo no sistema da revista: <https://youtu.be/OKGdHs7b2Tc>

7) Exemplo de referências em APA:

- Artigo em periódico:

Gohn, M. G. & Hom, C. S. (2008). Abordagens Teóricas no Estudo dos Movimentos Sociais na América Latina. *Caderno CRH*, 21(54), 439-455.

- Livro:

Ganga, G. M. D.; Soma, T. S. & Hoh, G. D. (2012). *Trabalho de conclusão de curso (TCC) na engenharia de produção*. Atlas.

- Página da internet:

Amoroso, D. (2016). *O que é Web 2.0?* <http://www.tecmundo.com.br/web/183-o-que-e-web-2-0->

8) A revista publica artigos originais e inéditos que não estejam postulados simultaneamente em outras revistas ou órgãos editoriais.

9) Dúvidas: Quaisquer dúvidas envie um e-mail para rsd.articles@gmail.com ou dorlivete.rsd@gmail.com ou WhatsApp (55-11-98679-6000)

Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

- 1) Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.
- 2) Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.
- 3) Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado.

