

# ESTUDOS DA PREVALÊNCIA DOS TUMORES DE ORIGEM EPITELIAL DE GLÂNDULAS SALIVARES EM SERVIÇOS DE ANATOMIA PATOLÓGICA DAS CIDADES DE BAURU E JAU (ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL)\*

RESEARCH OF PREVALENCE OF EPITHELIAL TUMOURS OF SALIVARY GLANDS IN CITIES AT SÃO PAULO, BRAZIL

Luiz Eduardo Montenegro CHINELLATO\*\*

Iris Malagoni MARQUEZ\*\*\*

Raul Negrão FLEURY\*\*\*\*

Francisco C. QUEVEDO\*\*\*\*\*

## RESUMO

O presente trabalho relata um levantamento epidemiológico sobre a prevalência de tumores epiteliais de glândulas salivares maiores e menores, nos Serviços de Anatomia Patológica de Bauru e Jaú, num período de 23 e 12 anos, respectivamente. Os resultados obtidos foram coincidentes com os dados encontrados por outros autores.

## UNITERMOS

Glândulas salivares, epidemiologia; Tumores epiteliais.

---

\* Trabalho apresentado à Faculdade de Odontologia de Bauru-USP, para obtenção do título de Mestre em Diagnóstico Bucal.

\*\* Professor Assistente Doutor do Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP. Orientador do trabalho

\*\*\* Professora Assistente da Faculdade de Odontologia de Uberlândia; Mestre em Diagnóstico Bucal pela FOB-USP.

\*\*\*\* Professor Assistente Doutor do Departamento de Patologia da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP.

\*\*\*\*\* Médico Responsável pelo Serviço de Anatomia Patológica e Citológica do Hospital Amaral Carvalho-Jaú.

## INTRODUÇÃO

As alterações neoplásicas das glândulas salivares, não obstante a vasta literatura existente a respeito, constituem um grupo controvertido e polêmico quanto ao diagnóstico, principalmente para os patologistas. Questiona-se o fato de que talvez nenhum outro tecido do corpo humano seja capaz de produzir tamanha diversidade de expressões histopatológicas, como o tecido das glândulas salivares.

A história da nomenclatura e classificação de tais neoplasias é, da mesma forma, antiga e complexa, fato este refletido na longa lista de sinonímia acumulada durante anos e nos diversos critérios adotados para classificar os tumores em glândulas salivares. As dificuldades em se obter um consenso a esse respeito baseiam-se, sobretudo, no fato de que, na estrutura relativamente simples das glândulas salivares, originam-se neoplasias de diferentes e complexas características histológicas, de um comportamento clínico não raras vezes imprevisto e cuja origem é questionada.

Várias tentativas têm sido feitas no sentido de esclarecer a etiopatogenia desse grupo de tumores, entre as quais, a divulgação de sua ocorrência em diferentes áreas geográficas e sob influências diversas. Nesse sentido, a quase totalidade dos trabalhos publicados consta da literatura estrangeira e predominantemente da área médica, com destacada participação da Otorrinolaringologia, que, como a Odontologia, tem as glândulas salivares em seu espectro de estudo e manuseio clínico-cirúrgico. No entanto, o cirurgião-dentista, de qualquer nacionalidade, pouco tem divulgado a respeito de sua atuação frente a esses órgãos, embora venha se destacando cada vez mais em contribuições clínicas e científicas.

## REVISÃO DA LITERATURA

As primeiras referências sobre as glândulas salivares são encontradas nos primórdios das antigas civilizações dos assírios, babilônicos e egípcios, mas foi a partir do século XVII, com a possibilidade de dissecação dos cadáveres e o aparecimento do microscópio, que houve a ampliação dos conhecimentos a esse respeito.

Embora essas glândulas tenham uma estrutura relativamente simples, as neoplasias originadas em seus ductos e ácinos possuem características clínicas e

histopatológicas bastante complexas, resultando uma confusa terminologia e numerosas classificações, em vários países.

De acordo com DEMETRIOUS, em 1970, (13), é impossível certificar-se quanto ao número de classificações existentes para os tumores de glândulas salivares, uma vez que quase todo autor usa uma classificação diferente e, as vezes, mais do que uma, em artigos subsequentes.

Revisando as diversas classificações existentes, esse autor delineou que até então existiam grupos de tumores classificados seguindo diferentes critérios. Baseavam-se na histogênese, na relação entre os diferentes componentes dos tumores, na correlação entre características clínicas e histológicas, na natureza benigna ou maligna das neoplasias e considerando cada tumor como uma entidade definida, sem controversias quanto à natureza. Seguindo esse último critério, apareceram as classificações de WILLIS, em 1947 (57) e KIRKLIN, em 1945 (27).

Outros autores como BYARS & ACKERMAN, em 1953 (7) propuseram uma classificação segundo o comportamento biológico dos tumores, com o objetivo de delinear o tipo de tratamento cirúrgico para cada grupo. Uma classificação mais completa, foi proposta por FOOTE & FRAZEL (22), em 1953, apresentando diversos tipos histológicos de tumores, sendo muito bem aceita e adotada por vários autores, de diferentes nacionalidades e que tem sido parâmetro para trabalhos atuais.

EVERSOLE, em 1971 (18), introduziu uma classificação histogenética, embora como proposta circunstancial, relacionando a embriogênese das glândulas salivares e a potencialidade do epitélio do ducto frente a processos reacionais, envolvendo dois tipos celulares como possíveis progenitoras tumorais: as células do ducto intercalar e as células de reserva do ducto excretor.

Com o objetivo de definir histologicamente os distintos tipos de neoplasias e difundir uma nomenclatura única, THACKRAY & SOBIN, em 1972, (51), publicaram a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) para os tumores de glândulas salivares, representativa do ponto de vista de uma maioria da anátomo-patologistas de várias partes do mundo.

BATSAKIS, em 1979 (3) propôs uma outra classificação com inúmeras subdivisões dos tumores epiteliais que, segundo o autor, define entidades clínico-patológicas com critérios histopatológicos específicos. Os relatos de dados epidemiológicos sobre os tumores de glândulas salivares aconteceram paralelamente aos estudos sobre sua histogênese e propostas de classificação.

Embora a incidência das neoplasias nas chamadas glândulas salivares menores seja relativamente pequena, principalmente em relação àquelas da parótida, seu estudo e relatos têm merecido a atenção de muitos patologistas e cirurgiões.

As classificações histológicas adotadas para os tumores de glândulas maiores têm sido transferidas para as entidades similares, localizadas nas glândulas menores, embora estas últimas detenham algumas características peculiares, relativas a localização anatômica e comportamento clínico dos diversos tipos celulares das lesões.

## MATERIAL E MÉTODOS

A amostra utilizada foi obtida a partir de dados que constam dos arquivos dos Laboratórios de Anatomia Patológica das cidades de Bauru e Jaú, referentes a tumores epiteliais de glândulas salivares, diagnosticados pelo patologista responsável por cada setor, após exame anátomo-patológico do material enviado por profissionais, especialmente da área médica. Tais laboratórios foram:

- Laboratório do Departamento de Patologia da Faculdade de Odontologia de Bauru;
- Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital de Base de Bauru;
- Laboratório de Anatomia Patológica da Sociedade Beneficência Portuguesa de Bauru;
- Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital Amarel Carvalho, de Jaú.

A identificação das neoplasias foi realizada através de análise das fichas de Exame Anátomo-Patológico, onde constavam itens relativos ao nome do paciente, médico, local, número do exame, data, resumo clínico, exame macroscópico, exame microscópico e diagnóstico. O levantamento realizado nos laboratórios de Bauru

abrangeu um período de 23 anos, de 1963 a 1986, num total de 60.607 exames anátomo-patológicos gerais examinados.

Em Jaú, a pesquisa foi realizada num período de 12 anos, de 1974 a 1986, onde foram revisados 48.243 exames anátomo-patológicos específicos da região da cabeça e pescoço. Os dados obtidos foram transcritos para uma ficha padronizada, onde constavam dados referentes a data, número do exame, nome do paciente, idade, sexo, localização do tumor e diagnóstico anátomo-patológico.

## RESULTADOS

Como resultado geral da amostra, foram registrados 249 tumores de origem epitelial, 185 dos quais localizados em glândulas salivares maiores (74,30%) e 64 em glândulas salivares menores (25,70%). Quanto ao sexo, 132 dos pacientes envolvidos eram femininos (53,01%), 115 masculinos (46,18%) e em 2 (0,8%) esse dado não foi registrado. A idade média de todos os pacientes foi 50,37 anos, sendo que no sexo feminino a média foi 49,82 anos e no masculino 50,55 anos. Entre as glândulas salivares maiores a parótida foi a mais acometida pelas neoplasias, seguida pela submandibular e sublingual, conforme mostra o gráfico 1. Em 22 registros (11,89%), não houve especificação quanto à localização dos tumores.

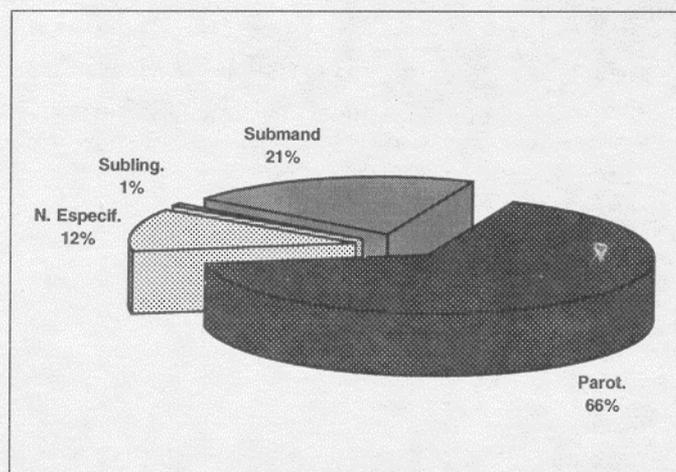


GRÁFICO 1 - Distribuição do total de tumores em glândulas salivares maiores, conforme localização específica.

Em relação às glândulas salivares menores, o gráfico 2 mostra a distribuição dos tumores quanto à localização, onde o palato foi o mais envolvido.

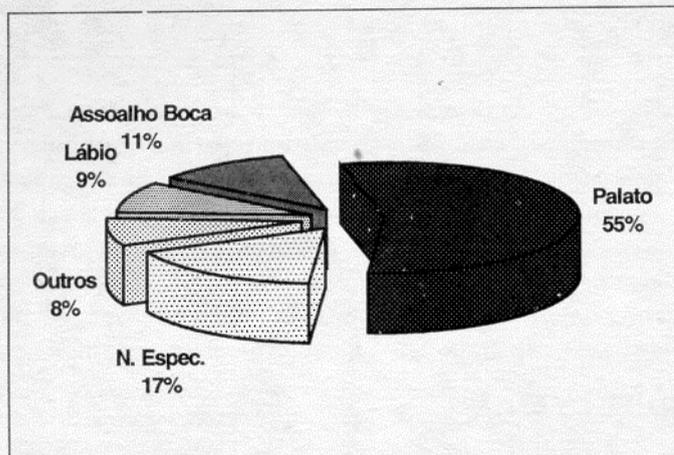


GRÁFICO 2 - Total de tumores em glândulas salivares menores, conforme localização específica

De acordo com o comportamento biológico foram encontrados 172 tumores benignos (69,08%) e 77 malignos (30,92%). Nas glândulas salivares maiores os tumores benignos tiveram frequência igual a 75,67% e os malignos, 24,32%. Nas glândulas menores houve equivalência entre tumores benignos e malignos (50%). Em relação aos tipos histológicos benignos, o adenoma pleomórfico foi o mais comum tanto em glândulas salivares maiores como nas menores, conforme mostra a Tabela 1.

TABELA 1 - Dados relativos aos tumores benignos e a localização nas glândulas salivares.

TIPO DE TUMOR	LOCALIZAÇÃO			
	GLÂNDULAS MAIORES		GLÂNDULAS MENORES	
	Nº	%	Nº	%
Adenoma pleomórfico	117	68,02	28	16,27
Tumor de Warthin	16	9,30	-	-
Adenoma oxifílico	3	1,74	-	-
Adenoma de células basais	1	0,58	-	-
Adenoma de células claras	1	0,58	-	-
Adenoma não classificado	1	0,58	4	2,32
Neoplasia epitelial não classificada	1	0,58	-	-
TOTAL	140	81,39	32	18,60

Quanto aos tumores malignos, o carcinoma adenóide cístico teve uma frequência consideravelmente superior em glândulas salivares menores (43,75%) do que o registrado em glândulas maiores (Tabela 2).

TABELA 2 - Dados sobre os tumores malignos e a localização nas glândulas salivares.

TIPO DE TUMOR	LOCALIZAÇÃO			
	GLÂNDULAS MAIORES		GLÂNDULAS MENORES	
	Nº	%	Nº	%
Tumor mucoepidermóide	11	14,28	8	10,38
Carcinoma adenocístico	5	6,49	14	18,18
carcinoma indiferenciado	8	10,38	-	-
Tumor de células acinares	2	2,59	2	2,59
Carcinoma em adenoma pleomórfico	2	2,59	-	-
Adenocarcinoma	17	22,07	8	10,38
TOTAL	45	58,40	32	41,53

## DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos, observou-se que a ocorrência global dos tumores epiteliais de glândulas salivares é basicamente a mesma em todas as regiões do mundo, onde tem sido relatada, concordando com BATSAKIS<sup>3</sup>. Do total de 249 tumores epiteliais que constaram da amostra, a grande maioria (74,30%) comprometia as glândulas salivares maiores e apenas 25,70% localizavam-se nas glândulas menores, dados estes semelhantes aos de outros trabalhos<sup>5,12,13,15,16,19,25,28,33,37,38,42,46,52,53,55</sup> que, embora não relatem somente tumores de origem epitelial, estes são, sem dúvida, os prevalentes.

Em relação ao sexo, não houve diferença marcante quanto à ocorrência dos tumores em um ou outro, o que foi também encontrado por outros autores<sup>12,13,25,32,41,42,52</sup>. A idade média dos pacientes do grupo estudado foi 50,37 anos, semelhante à encontrada por SHARKEY<sup>42</sup> e NIELSEN et al.<sup>33</sup> e inferior à média de outros trabalhos, estabelecida entre 54 e 70 anos<sup>19,38,52</sup>.

A glândula parótida foi, comprovadamente, a sede mais frequente das neoplasias neste e em diversos outros trabalhos<sup>6,12,17,22,23,24,30,33,37,38,40,44,45,52,53,55</sup>.

ENEROTH<sup>16</sup> encontrou uma prevalência de tumores doze vezes maior na parótida do que na glândula submandibular, o que considerou de difícil explicação histogenética.

A glândula submandibular apresentou um total de neoplasias inferior a um terço do número encontrado na parótida, todavia, diversos relatos mostraram uma ocorrência de cerca de 7 a 10 vezes menos tumores nessa glândula<sup>1,5,13,15,16,19,22,24,28,33,37,41,42,45,46,55,56</sup>. Os tumores na glândula sublingual são realmente considerados raros<sup>46, 75</sup> e outros autores também encontraram um único tumor em suas amostras<sup>23,29,37,42,53,55</sup>. A prevalência de tumores benignos nas glândulas salivares maiores foi considerada bastante elevada (75,68%), embora outros autores tenham relatado percentual semelhante e até um pouco mais elevado<sup>15,16,28,38,42</sup>. Valores entre 50 e 79% referentes à frequência desses tumores, foram os mais comuns entre os trabalhos revisados<sup>4,12,13,17,19,21,22,33,37,40,41,44,45,46,52,53,55</sup>.

Nesta pesquisa, o adenoma pleomórfico representou 83,57% do total de tumores benignos e a glândula parótida foi a localização mais frequente, em 70,94% dos casos, podendo levar-nos a considerar que esta entidade, sem dúvida, seria a responsável pelo destacado envolvimento da glândula parótida nas estatísticas sobre neoplasias de glândulas salivares. Nos trabalhos revisados o percentual de adenoma pleomórfico entre o total de tumores benignos foi de 86,01% em média, e a glândula parótida foi a localização mais frequente, entre 75 a 94% dos casos<sup>8, 13, 15, 16, 17, 22, 24, 28, 33, 37, 42, 52, 55</sup>.

Quanto ao sexo do grupo de pacientes com adenoma pleomórfico, 56,90% eram mulheres, prevalência esta também encontrada em outros trabalhos<sup>2, 8, 11, 12, 30, 33, 35, 40, 43, 50, 55</sup>. Em relação à faixa etária, o tumor foi mais constante nas 2<sup>a</sup>. e 3<sup>a</sup>. décadas, como em outras séries (8, 35, 50), mas a maioria dos autores relatou maior ocorrência em indivíduos entre 40 a 60 anos<sup>2, 11, 12, 28, 30, 33, 40, 43, 44, 55, 56</sup>. O segundo tumor benigno de maior frequência em glândulas salivares maiores foi o tumor de Wartin (11,43%), 62,50% dos quais localizados na parótida.

O adenolinfoma ou cistadenoma papilar linfomatoso, como também tem sido denominado, é realmente considerado um tumor da glândula parótida (95-100%), raramente comprometendo as outras glândulas salivares<sup>13,14,15,16,17,21,22,24,28,33,37,38,40,42,44,55,58</sup>. Sua

ocorrência foi predominantemente no sexo masculino (81,30%), estando de acordo com diversos trabalhos<sup>2,11,22,28,29,30,33,40,43,44,50</sup>. Nesta pesquisa, os tumores malignos representaram 24,32% das neoplasias em glândulas salivares maiores, sendo a parótida a mais frequentemente envolvida, como ocorreu em outros trabalhos<sup>1,8,12,13,15,16,17,22,23,25,29,30,33,37,39,42,44,45,46,48,52,53,55,56</sup>. O tumor mucoepidermóide correspondeu a 24,44% entre os tumores malignos desta série, dado este encontrado ainda por outros autores<sup>2, 15, 16, 23, 33, 39, 40, 44, 53, 58</sup>. A parótida foi a localização mais comum desse tumor (72,72%) e em todos trabalhos revisados.

Em relação à ocorrência de neoplasias em glândulas salivares menores, o palato foi a sede mais frequente neste e em outros trabalhos, abrangendo, em média, 60% dos tumores<sup>9,12,13,26,30,36,37,42,46,47,49,53,55</sup>. O adenoma pleomórfico foi o tumor epitelial benigno prevalecente, representando 87,50% dos casos e com uma discreta predominância no sexo feminino (57,1%), como o descrito também em outros trabalhos<sup>9, 10, 12, 26, 30, 34, 36, 42, 49</sup>. Entre os tumores malignos registrados, 43,75% foram referentes ao carcinoma adenóide cístico, 50% dos quais localizados no palato. ENEROTH<sup>15</sup> e VANDERBERG<sup>54</sup> encontraram porcentagem semelhante dessa neoplasia entre os tumores malignos.

O tumor mucoepidermóide, o segundo mais frequente entre as neoplasias malignas, representou 25% do total específico, como em outros relatos<sup>26,34,39,46,55</sup>. Desses, 50% ocorreram no palato, o que, em média, está de acordo com a literatura<sup>20,25,31,39,46,53</sup>. A literatura sobre os tumores em glândulas salivares menores é escassa e a maioria dos relatos encontra-se no âmbito da otorrinolaringologia, não enfatizando particularidades sobre as neoplasias localizadas na cavidade bucal.

Nesta pesquisa, 13,25% dos registros referentes à localização específica das neoplasias em glândulas salivares maiores e menores, foram denominados " não especificados " devido a ausência desse dado nas fichas examinadas. BRUMINI<sup>6</sup> relatou 18% tumores malignos em glândulas salivares maiores, cuja localização não foi especificada. Ao final deste estudo evidenciamos que nossos dados coincidiram com os levantamentos feitos por outros pesquisadores. especificada. Ao final deste estudo evidenciamos que nossos dados coincidiram com os levantamentos feitos por outros pesquisadores. outros

pesquisadores. especificada. Ao final deste estudo evidenciamos que nossos dados coincidiram com os levantamentos feitos por outros pesquisadores.

## ABSTRACT

The present paper show a epidemiologic survey about the prevalence of small and large salivary glands epithelial tumours at the laboratories of Pathology at Bauru and Jau, through a period of 23 and 12 years, respectively.

The obtained results were coincident with those have found in literature.

## UNITERMS

Salivary Glands, epidemiology; epithelial tumours

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BAKER, S.R.; MALONE, B. Salivary gland malignancies in children. *Cancer* (Philad.), v.35, p.1730-6, 1985.
- 2- BARDWILL, J.M. Tumors of the parotid gland. *Amer. J. Surg.*, v.14, p.498-592, 1967.
- 3- BATSAKIS, J.G. *Tumors of the head and neck: clinical and pathological considerations*. 2nd. ed., London, Willians & Wilkins, 1979. p.1-99.
- 4- BELSKY, J.L. et al. Salivary gland tumors in atomic bomb survivors Hiroshima-Nagasaki, 1957 to 1970. *J. Amer. med. Ass.*, v.219, p.864-8, 1972.
- 5- BIANCHI, A.; CUDMORE, E.R. Salivary gland tumors in children. *J. Pediat. Surg.*, v.13, p. 519-21, 1978.
- 6- BRUMINI, R., ed. *Câncer no Brasil*. Dados histopatológicos, 1976-80. Rio de Janeiro, Instituto Nacional do Câncer, 1982. p.13, 26, 115, 174, 176, 185-6.
- 7- BYARS, L.T.; ACKERMAN, L.V. Tumors of the parotid gland. *J. Amer. med. Ass.*, v.152, p.354-5, 1953.
- 8- CASTRO, E.B. et al. Tumors of the major salivary glands in children. *Cancer*, v.29, p.312-7, 1972.
- 9- CHAU, M.N.Y.; RADDEN, B.G. Intra-oral salivary gland neoplasms : a retrospective study of 98 cases. *J. oral Pathol.*, v.15, p.339-42, 1986.
- 10- CHAUDHRY, A.P. et al. Clinico-pathologic and histogenetic study of 189 intraoral minor salivary gland tumors. *J. oral Med.*, v.39, p.58-78, 1984.
- 11- CORIOLANO, M.R.A. *Tumores de glândula parótida considerações clínicas e terapêuticas sobre 30 casos operados*. São Paulo, 1984. Tese (Doutorado) -Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- 12- DAVIES, J.N.P. et al. Salivary gland tumors in Uganda. *Cancer*, v.17, p.1310-22, 1964.
- 13- DEMETRIOUS, S.R. *Mucous and salivary gland tumors*. Springfield, Thomas, 1970.
- 14- ENEROTH, C.M. Histological and clinical aspects of parotid tumours. *Acta otolaryng.*, v.191, p.1-99, 1964.
- 15- ENEROTH, C.M. Incidence and prognosis of salivary gland tumours at different sites. *Acta otolaryng.*, v.263, p. 174-8, 1970.
- 16- ENEROTH, C.M. Salivary gland tumors in the parotid gland, submandibular gland and the palate region. *Cancer*, v.27, p.1415-8, 1971.
- 17- ESAKI, S. Malignant tumor of the major salivary gland. A retrospective review of 18 patients. *Kurume med. J.*, v.29, suppl., p.129-35, 1982.
- 18- EVERSOLE, L.R. Histogenic classification of salivary tumors. *Arch. Path.*, v.92, p.433-43, 1971.
- 19- EVESON, J.W.; CAWSON, R.A. Salivary gland tumours. A review of 2410 cases with particular reference to histological types site, age and sex distribution. *J. Path.*, v.146, p.51-8, 1985.
- 20- EVESON, J.W.; CAWSON, R.A. Tumours of the minor (oropharyngeal) salivary glands : a demographic study of 336 cases. *J. oral Path.*, v.14, p.500-9, 1985.
- 21- FITZPATRICK, J.P.; BLACK, K.M. Salivary gland tumors. *J. Otolaryng.*, v.14, p.296-300, 1985.
- 22- FOOTE, F.W.; FRAZELL, E.L. Tumors of the major salivary glands. *Cancer*, v.6, p.1065-133, 1953.
- 23- GRACE, T.B.; LOBER, P.H. Malignant tumors of the major salivary glands. *Surgery*, v.52, p.284-94, 1962.
- 24- GRACE, T.B. et al. Benign tumors of the major salivary glands. *Surgery*, v.50, p.625-33, 1961.
- 25- HUNTER, R.M. et al. Primary malignant tumors of salivary gland origin. A 52-year review. *Amer. Surg.*, v.49, p.82-9, 1983.
- 26- ISACSSON, G.; SHEAR, M. Intraoral salivary gland tumours : a retrospective study of 201 cases. *J. oral Path.*, v.12, p.57-62, 1983.
- 27- KIRKLIN, J. et al. apud DEMETRIOUS, S.R.<sup>13</sup> p.21.
- 28- LANGDON, J.D. Tumors of the salivary glands : clinical analysis of 68 cases. *J. oral Maxillofac. Surg.*, v.43, p.688-92, 1985.
- 29- LAWRENCE, W.T.; LAWRENCE JR., W. Malignant neoplasms of the major salivary glands. *J. Surg. Oncol.*, v.17, p.113-27, 1981.
- 30- MAIN, J.H.P. et al. Salivary gland tumors: review of 643 cases. *J. oral Path.*, v.5, p.88-102, 1976.
- 31- MORGAN, M.N.; MACKENZIE, D.H. Tumors of salivary glands. A review of 204 cases with five years followup. *Brit. J. Surg.*, v.55, p.284-8, 1968.
- 32- MUZQUIZ, J.L.B. et al. Tumores de glândulas salivales en niños, *Rev. Med. IMSS*. (Mex.), v.20, p.145-8, 1982.

- 33- NIELSEN, N.H. et al. Incidence of salivary gland neoplasms in Greenland with special reference to an anaplastic carcinoma. Acta path. microbiol. scand., v.86, p.185-93, 1978.
- 34- OWENS, O.T.; CALCATERRA, T.C. Salivary gland tumors of the lip. Arch. Otolaryng., v.108, p.45-7, 1982.
- 35- PEIXOTO, H.S. et al. Tumor de parótida. J. bras. Med., p.32-33, jun. 1978.
- 36- POGREL, M.A. Tumors of the salivary glands: a histological and clinical review. Brit. J. oral Surg., v.17, p.47-56, 1979.
- 37- RAWSON, A.J. et al. Tumors of the salivary glands. A clinicopathological study of 160 cases. Cancer, v.3, p.445-58, 1950.
- 38- ROLLINS, L.; ROLLINS JR., L. Tumors of the salivary glands. Amer. Surg., v.45, p.561-4, 1979.
- 39- ROSENFELD, L. et al. Malignant tumors of salivary gland origin. 37 year review of 184 cases. Ann. Surg., v.163, p.726-34, 1966.
- 40- SEIFERT, G.; DONATH, K. Classification of the pathohistology of diseases of the salivary glands. Review of 2600 cases in the Salivary Gland Register. Beitr. path. Bd., v.159, p.1-32, 1976.
- 41- SEIFERT, G. et al. Epithelial salivary gland tumors in children and adolescents. Analysis of 80 cases (Salivary Gland Register 1965-1984). ORL J. Otorhinolaryng. Relat. Spec., v.48, p.137-49, 1986.
- 42- SHARKEY, F.E. Systematic evaluation of the World Health Organization classification of salivary gland tumors. A clinicopathologic study of 366 cases. Amer. J. clin. Path., v.67, p.272-8, 1977.
- 43- SINHA, B.K.; BUNTINE, D.W. Parotid gland tumors clinicopathologic study. Amer. J. Surg., v.129, p.675-81, 1975.
- 44- SKOLNIK, E.M. et al. Tumors of the major salivary glands. Laryngoscope (St. Louis), v.87, p.843-61, 1977.
- 45- SMITH, J.F. Tumors of the salivary glands, with a review of 150 cases. Oral Surg., v.13, p.850-7, 1960.
- 46- SPIRO, R.H. Salivary neoplasms : overview if a 35 year experience with 2807 patients. Head Neck Surg., v.81, p.177-84, 1986.
- 47- SPIRO, R.H. et al. Tumors of minor salivary origin. A clinicopathologic study of 492. Cancer, v.31, p.117-29, 1973.
- 48- SPITZ, M.R.; BATSAKIS, J.G. Major salivary gland carcinoma. Descriptive epidemiology and survival of 948 patients. Arch. Otolaryng., v.110, p.45-9, 1984.
- 49- STENE, T.; KOPPANG, H.S. Carcinomas of intraoral salivary glands. Histopathology, v.2, p.19-29, 1978.
- 50- THACKRAY, A.C.; LUCAS, R.B. Tumors of the major salivary glands. Washington, Armed Forces Institute of Pathology, 1974.
- 46- SPIRO, R.H. Salivary neoplasms : overview if a 35 year experience with 2807 patients. Head Neck Surg., v.81, p.177-84, 1986.
- 47- SPIRO, R.H. et al. Tumors of minor salivary origin. A clinicopathologic study of 492. Cancer, v.31, p.117-29, 1973.
- 48- SPITZ, M.R.; BATSAKIS, J.G. Major salivary gland carcinoma. Descriptive epidemiology and survival of 948 patients. Arch. Otolaryng., v.110, p.45-9, 1984.
- 49- STENE, T.; KOPPANG, H.S. Carcinomas of intraoral salivary glands. Histopathology, v.2, p.19-29, 1978.
- 50- THACKRAY, A.C.; LUCAS, R.B. Tumors of the major salivary glands. Washington, Armed Forces Institute of Pathology, 1974.
- 51- THACKRAY, A.C.; SOBIN, L.H. Tipos histologicos de tumores de las glandulas salivales. Ginebra, Organizacion Mundial de la Salud, 1972.
- 52- THERON, E.J.; MIDDLECOTE, B.D. Tumours of the salivary glands. The Bloemfontein experience. S. Afr. J. Surg., v.22, p.237-42, 1984.
- 53- THOMAS, K.M. et al. Salivary gland tumors in Malawi. Cancer, v.46, p.2328-34, 1980.
- 54- VANDERBERG JR., H.J. et al. Salivary tumors clinicopathologic review of 190 patients. Amer. J. Surg., v.108, p.480-4, 1964.
- 55- VELLIOS, F.; DAVIDSON, D. The natural history of tumors peculiar to the salivary glands. Amer. J. clin. Pathol., v.25, p.147-57, 1955.
- 56- WALLACE, A.C. et al. Salivary gland tumors in Canadian esquimos. Cancer, v.16, p.1338-53, 1963.
- 57- WILLIS, R.A. apud DEMETRIOUS, S.R. <sup>13</sup> p.20.
- 58- WOODS, J.E. et al. Experience with 1360 primary parotid tumors. Amer. J. Surg., v.130, p.460-2, 1975.