

Análise epidemiológica e clínica dos nódulos de parótida: estudo retrospectivo

Epidemiological and clinical analysis of parotid nodules: a retrospective study

Sheila Maria da Conceição Costa¹. Thiago Demétrio Nogueira Costa e Silva². Cláudia Isabel Silva Carlos¹. Emidiana Raquel Rodrigues de Souza Oliveira¹.

1 Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. 2 Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil.

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil epidemiológico e incidência de doenças na glândula parótida (benigna e maligna) dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico na parótida no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM) nos últimos 6 anos (2009 – 2015). **Metodologia:** estudo do tipo observacional, longitudinal e retrospectivo, com aplicação de questionário estruturado nos prontuários eletrônicos de 33 pacientes. Posteriormente foi feita reavaliação clínica de 12 pacientes. **Resultados:** destes 12 pacientes, 66,7% são mulheres, a média de idade foi 50,2 anos. A doença cardiovascular (41,7%) foi a principal comorbidade, e 41,7% tinham o tabagismo como fator de risco. Observou-se que 80,0% possuíam nódulos benignos. O principal sintoma foi a presença de lesão nodular única e sólida (100,0%), 72,7% possuíam lesões móveis e o tempo médio de crescimento foi 5,1 anos. Dos pacientes, 75,0% fizeram ultrassonografia (USG), e 25,0% tinha descrição de dados ultrassonográficos específicos. Foi realizada punção aspirativa por agulha fina (PAAF) em 75,0% dos casos, onde 62,5% indicaram adenoma pleomórfico, 25,0% lesão de células epitelioides e 12,5% suspeita de malignidade. Em 2013 ocorreu a maioria das cirurgias (41,7%). **Conclusão:** os dados relacionados à neoplasia de parótida foram condizentes com a literatura. A PAAF se conferiu confiança em seus resultados.

Palavras-chave: Neoplasias. Glândula parótida. Ultrassonografia. Biópsia por agulha.

ABSTRACT

Objective: Describe the epidemiological profile and incidence of diseases in the parotid gland (benign and malignant) of the patients submitted to surgical treatment in the parotid in the Center of Oncology and Hematology of Mossoró (COHM) in the past 6 years (2009 - 2015). **Methodology:** Observational, longitudinal and retrospective study, with application of a structured questionnaire in the electronic records of 33 patients. Subsequently, clinical reassessment of 12 patients was performed. **Results:** Of these 12 patients, 66.7% were women, the mean age was 50.2 years. Cardiovascular disease (41.7%) was the main comorbidity, and 41.7% had tabagism as a risk factor. It was observed that 80.0% had benign nodules. The main symptom was the presence of single and solid nodular lesions (100.0%), 72.7% had mobile lesions and the mean growth time was 5.1 years. Of patients, 75.0% realized ultrasonography (USG), and 25.0% had specific USG data. A fine needle aspiration (FNA) was performed in 75.0% of the cases, where 62.5% indicated pleomorphic adenoma, 25.0% lesion of epithelioid cells and 12.5% suspected malignancy. Most surgeries occurred in 2013 (41.7%). **Conclusion:** The data related to the parotid neoplasia were consistent with the literature. The FNA conferred reliability in its results.

Keywords: Neoplasms. Parotid gland. Ultrasonography. Biopsy, needle.

Autor correspondente: Sheila Maria da Conceição Costa, Rua Soares Junior, 69, Aeroporto, Mossoró, Rio Grande do Norte. CEP: 59607-200. Telefone: +55 85 99985-5247. E-mail: sheilacosta2@hotmail.com

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 10 Fev 2019; Revisado em: 21 Mai 2019; Aceito em: 14 Ago 2019.

INTRODUÇÃO

As glândulas salivares são órgãos exócrinos, que atuam como produtores de secreções com importante função protetora, lubrificante e digestiva no sistema aerodigestivo alto.¹ Dentre elas, a parótida é a maior das glândulas salivares, e está localizada anteriormente ao pavilhão auditivo.²

Perpassando pelas neoplasias das glândulas salivares, que são raras, sabe-se que entre as neoplasias de cabeça e pescoço, o câncer de parótida corresponde a 3% dos casos.³ Já considerando os tumores das glândulas salivares, 70% destes acometem a parótida.⁴

Diante disso, dentre os nódulos malignos que atingem a parótida, o carcinoma mucoepidermoide é o tumor mais comum, tendo predileção pelo sexo masculino;^{4,5} já em relação aos benignos, o adenoma pleomórfico é a neoplasia benigna mais comum,⁶ e o tumor de Warthin é o segundo mais frequente,⁷ acometendo em sua maioria o sexo feminino.⁴

Quando se discute a etiologia dessa neoplasia, não fica definido ainda as suas causas, entretanto a radioterapia na região de cabeça e pescoço e exposição a elementos radioativos estão sendo inseridos como fatores importantes para o aparecimento dessas lesões.⁸

Devido à raridade dessa patologia, identificamos a escassez de estudos relacionados à sua frequência e caracterização na população de Mossoró e região. Pensando nisso, o objetivo deste trabalho é descrever o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico na parótida no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM) nos últimos 6 anos (2009 – 2015).

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo

Estudo do tipo observacional, numa referência temporal longitudinal e retrospectiva, realizado no COHM, em Mossoró/RN, situado na mesorregião do Oeste Potiguar. A coleta de dados foi realizada em duas etapas.

Etapas do estudo

A primeira etapa de coleta foi realizada no núcleo de epidemiológico do COHM por meio de aplicação do questionário estruturado junto ao prontuário eletrônico de cada paciente, bem como na base de dados do COHM, através do programa K-Onco e Anflatec. Na segunda etapa foi realizada a busca ativa, por ligação telefônica, dos pacientes para convite para reavaliação clínica. Esta foi realizada por equipe médica especializada em Cirurgia de Cabeça e Pescoço por meio de anamnese, exame físico geral e específico de cada sujeito, análise de exames complementares, além de leitura e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguido de sua assinatura.

O instrumento de coleta de dados nas duas etapas foi um questionário estruturado, que abordou aspectos demográficos

(idade, sexo, etnia, naturalidade e procedência), antecedentes pessoais (exposição à radiação, associação com outras doenças e uso regular de medicações) e familiares relacionados a doença na glândula parótida, bem como exames de imagem e citológicos, e informações a respeito de outras patologias existentes, e condições clínicas gerais na época do diagnóstico.

O critério de inclusão do estudo foi: (1) pacientes submetidos a tratamento cirúrgico nas parótidas no COHM nos últimos 6 anos (2009 a 2015). Foram excluídos da casuística: (1) pacientes com tumores sincrônicos, (2) os que perderam seguimento médico e (3) paciente não localizado para entrevista no período da reavaliação clínica (2ª etapa).

Na primeira etapa (momento o qual foi levado em consideração os prontuários eletrônicos) foram encontrados 33 pacientes diante dos critérios de inclusão e exclusão. No momento da busca ativa dos sujeitos, conseguimos entrar em contato com 21 pacientes, dos quais 3 faleceram e 12 pacientes compareceram para reavaliação clínica, que totalizaram os participantes da segunda etapa.

Tabulação e análise dos dados

O banco de dados foi construído no *Microsoft Excel 2010*, e para análise dos resultados utilizou-se o *software* estatístico SPSS, versão 20.0. A análise dos dados procedeu de acordo com as seguintes etapas: (1) Análise estatística dos dados, por meio da descrição dos dados e das generalizações obtidas pelos dados; (2) Interpretação dos dados obtidos; e (3) Discussão dos dados, embasando em conhecimentos previamente construídos em estudos anteriores.

Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP/UERN), e foi aceito em outubro de 2016 pelo parecer nº 1.776.140, atendendo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Em relação ao perfil sociodemográfico, observa-se os dados descritos na Tabela 1, mostrando que o sexo feminino foi o mais prevalente (66,7%), além de informações acerca de faixa etária, raça, estado civil, religião, cidade e ocupação. A média de idade foi de 50,2 anos, com idade mínima e máxima de 30 e 78 anos, respectivamente.

A profissão mais comum (33,3%) dos pacientes é “profissional do lar”, seguida por agricultores. Destes, 75,0% possuem casa própria e 66,7% tiveram alguma atividade remunerada nos últimos 6 meses. Com relação ao grau de escolaridade, 63,6% possuem ensino fundamental, seguido de ensino médio (27,3%) e sem instrução (9,1%). Por último, temos a renda familiar, onde foi mais comum pacientes com 1 a 3 salários mínimos (50,0%).

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos pacientes.

	Características	Frequência	%
Sexo	Masculino	4	33,3
	Feminino	8	66,7
Faixa etária	Até 50 anos	6	50,0
	Acima de 50 anos	6	50,0
Raça	Branco	7	58,3
	Mulato	3	25,0
	Pardo	2	16,7
Estado civil	Casado	8	66,7
	Solteiro	3	25,0
	Viúvo	1	8,3
Religião	Católica	6	50,0
	Protestante	3	25,0
	Sem religião	3	25,0
Cidade que reside	Mossoró	9	75,0
	Caraúbas	1	8,3
	Portalegre	1	8,3
	Apodi	1	8,3
	Total	12	100,0

Sobre os fatores de risco, 41,7% dos pacientes não tiveram fatores de risco ligado à doença, enquanto que 41,7% apontaram o tabagismo, 16,7% o alcoolismo e 16,7% o histórico familiar. E a doença cardiovascular (41,7%) foi a principal comorbidade encontrada nos pacientes.

De acordo com os resultados dos anatomopatológicos, obteve-se que 80,0% dos pacientes possuíam nódulo de parótida benignos, e os tipos histológicos mais encontrados estão dispostos na Tabela 2.

Tabela 2. Tipo Histológico da Neoplasia.

Tipo	Frequência	%
Adenoma pleomórfico	5	62,5
Carcinoma mucoepidermoide	2	25,0
Lesão de células oncóticas	1	12,5
Total	8	100,0

Quando partimos para o quadro clínico, o principal sintoma relatado pelos pacientes foi a presença de lesão nodular única (100,0% dos casos). Quanto à lateralidade da apresentação, os nódulos de parótida foram todos unilaterais, sendo que o lado direito (66,7%) foi a apresentação mais comum. Além disso, o tempo médio que o nódulo cresceu foi de 5,1 anos, com tempo mínimo de 6 meses e máximo de 14 anos, sendo que em 33,3% dos casos não houve crescimento do nódulo. E 100,0% da consistência dos nódulos eram sólidas.

Alguns exames podem ajudar na caracterização dos nódulos, como a Ultrassonografia (USG) e a Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF). Em nosso estudo, além de levar em consideração o quadro clínico, a USG e PAAF foram utilizados em 75,0% dos pacientes. O anatomopatológico foi realizado em 100,0% dos pacientes.

Sobre a USG, apenas em 3 (três) pacientes (25,0%) tinham descrição detalhada das características nodulares, nos quais todos apresentaram conteúdo sólido e hipocóico. O nódulo de 2 (dois) pacientes teve contorno regular e 1 (um) paciente irregular, todos com microcalcificações e invasão local em linfonodos (2 pacientes). Em 1 (um) paciente com textura do parênquima homogênea e 1 (um) heterogênea. E dois pacientes com suspeita de malignidade na USG.

Sobre os achados da PAAF, 62,5% indicaram adenoma pleomórfico, 25,0% lesão de células epitelioides e 12,5% apontaram suspeita de malignidade.

Nos reportando para o perfil cirúrgico, observou-se que o ano de maior número de cirurgias foi o de 2013 (41,6%). Ocorreu lesão do nervo facial em 27,3% dos pacientes (consideramos tanto lesões parciais, como totais, temporárias ou permanentes), sendo que os motivos de tal lesão não foram explicados nos arquivos médicos desses pacientes. Por fim, apenas 8,3% realizaram radioterapia e 8,3% realizaram radioterapia e quimioterapia combinadas.

DISCUSSÃO

Nosso estudo incluiu um total de 12 pacientes, que foram tratados na cidade de Mossoró-RN, em que a maioria dos pacientes era do sexo feminino, com média de idade de 50 anos e raça branca, assim como em outras pesquisas. Em estudo epidemiológico referente a 245 casos de neoplasia epitelial da glândula salivar encontraram maior frequência dos nódulos no sexo feminino, com pico de incidência para as neoplasias benignas na 3ª e 7ª década de vida e maior incidência nos pacientes da raça branca.⁹ Já em outro estudo com pacientes com neoplasia maligna de glândulas salivares encontrou-se proporção equivalente (1:1) em relação ao sexo.¹⁰ Isso corrobora com alguns pesquisadores que relatam a prevalência de neoplasias malignas em pessoas do sexo masculino.⁴

Em pesquisa retrospectiva de neoplasias de glândulas salivares em uma população do Nordeste brasileiro, foram encontrados pacientes com idades entre 9 e 97 anos (média de 44,7), sendo que a maioria estava na faixa etária de 50 a 59 anos (25,2%) e 67,1% dos pacientes eram mulheres.¹¹

Em nosso estudo foi apontado o tabagismo, alcoolismo e história familiar de doença na parótida como fatores de risco para a doença, sendo o tabagismo o mais citado (41,7%). Embora os fatores de risco para o desenvolvimento de tumores de glândulas salivares sejam desconhecidos, estudos mostram que a radiação, dieta e infecção também tem sido apontados como potenciais fatores de risco.¹² Corroborando com nossos achados, o INCA aborda que o tabagismo

e o álcool são fatores de risco para o desenvolvimento de diversos tipos de neoplasias, devendo ser evitado o uso dessas substâncias.¹³

De acordo com o anatomopatológico, 80% dos pacientes possuíam nódulos benignos, e de acordo com a Tabela 2, o tipo histológico mais encontrado foi o adenoma pleomórfico, seguido do carcinoma mucoepidermoide e depois a lesão de células oncóticas (sendo que este último é um laudo inconclusivo).

Corroborando com nossos achados, um estudo afirma que 80% dos tumores de parótida são benignos, sendo que o adenoma pleomórfico é o mais comum, seguido do Tumor de Warthin, correspondendo a 65% e 10% respectivamente, de todas as neoplasias da parótida.⁴ Outro estudo confirma também estes dados, encontrando que os tumores benignos mais frequentes foram o adenoma pleomórfico e o Tumor de Warthin, representando 66,5% e 25% dos casos respectivamente.¹⁴ Confirmando esses dados, um autor encontrou 72,4% de nódulos benignos em seu estudo, sendo o mais comum destes também era o adenoma pleomórfico, e dos 27,6% que eram malignos o Carcinoma Mucoepiderm também foi o mais encontrado.¹⁵

Em estudo recente realizado no Vale do Paraíba (Taubaté-SP) com 172 pacientes, encontraram 69,2% de neoplasias benignas, 20,3% de neoplasias malignas e 10,5% de lesões não neoplásicas, sendo o adenoma pleomórfico a mais comum com 45,9%, seguido pelo tumor de Warthin com 15,7% dos casos benignos; e dos malignos, o mais frequente foi o carcinoma mucoepidermoide (5,2%).¹⁶ Isso mostra que estudos de localidades diversas perfazem o mesmo perfil que encontramos em nosso estudo de Mossoró-RN.

O diagnóstico da massa parotídea pode ser clínico em até 85% dos casos, sendo que a acurácia diagnóstica aumenta para 92% com a realização de outros exames, como a PAAF.^{17,18} Os exames de imagem, como USG e Tomografia Computadorizada (TC), são úteis para delimitar as relações anatômicas da lesão, estadiamento e auxiliam na predição do tipo histológico.¹⁹

O diagnóstico clínico decorre da avaliação detalhada da história clínica e exame físico. A história clínica dos tumores nas glândulas salivares é constituída comumente com a descrição de massas de crescimento lento e indolor. A vigência de crescimento rápido sugere infecção, degeneração cística, hemorragia no interior da massa ou ainda transformação maligna.²⁰ O exame físico avalia se há fixação do tumor, indefinição em relação às estruturas adjacentes, e a presença de paralisia facial, estes são fatores indicativos de malignidade, bem como a presença de ulceração.⁵

Em relação ao quadro clínico, podemos observar que os adenomas pleomórficos de parótida, que são os mais comuns, tem apresentação clínica baseada em uma lesão nodular única, sólida, com margem bem delimitada, consistência endurecida, aspecto lobulado, indolor, móvel à palpação e longo período de evolução.^{6,7}

Um estudo mencionou que a palpação de massa em topografia de parótidas foi a principal manifestação, ao exame físico, em 93,9% da população estudada.⁷ Já em outra série, são relatados tumores que se apresentam como massas assintomáticas de crescimento lento, sendo que o sintoma inicial foi a dor em 13,5% e a paralisia facial em 16,2% dos doentes com tumores malignos.¹⁵ E outro ainda traz que a principal queixa de pacientes com tumor na parótida em sua casuística foi o aumento de volume da região, e quando malignos além do aumento de volume, 34% dos pacientes também apresentaram dor, paralisia facial e/ou trismo.¹⁴ E o estudo do Vale do Paraíba traz como queixa principal a presença de nódulo ou abaulamento facial indolor em 86,1%, seguida de nódulo com dor local em 5,8%, ulceração em 1,7% e paralisia facial em 0,6%.¹⁶

Os casos malignos costumam apresentar sintomas mais intensos, como a dor, paralisia facial e ulceração da pele, sendo que a manifestação mais presente é o aumento do volume na região.²¹ Aproximadamente 50% das massas apresentam sintomatologia de tumores benignos como crescimento lento e preservação da mobilidade em relação aos tecidos adjacentes, já os outros 50%, apresentam características de malignidade, apresentando além da dor e paralisia facial, o trismo e fixação aos tecidos adjacentes.²²

Quando se leva em consideração os achados desta pesquisa, observa-se que o principal sintoma relatado pelos pacientes foi a presença de lesão nodular única (100,0% dos casos), o que corrobora com o que traz a literatura. A presença de dor foi citada em 16,7% dos pacientes, e alguns estudos relacionam este sintoma em geral com a presença de malignidade.⁶

É importante salientar que a palpação se estabelece como um excelente parâmetro clínico para localização topográfica das lesões, e até mesmo para sua classificação quanto à malignidade.⁷ Tendo em vista que a presença de lesão nodular única foi o sintoma mais observado nesse estudo, isso significa que a detecção pela palpação foi eficaz. Na palpação, a presença de mobilidade é, de acordo com estudos, um achado esperado nos adenomas pleomórficos, que é um tipo histológico benigno.^{6,7,22}

Embora nódulos de parótida encontrados nesse estudo tenham sido todos unilaterais, sendo o lado direito (66,7%) a apresentação mais comum, os estudos revisados não relatam correlação entre esse tipo de achado e algum preditor clínico importante de malignidade.

Em relação aos exames de imagem, a USG é indicada para diagnóstico diferencial entre linfonodo cervical, processos inflamatórios, cálculos e tumores, bem como para a avaliação da extensão da doença.⁵

Contudo, apesar da USG ser um exame indicado nos casos de investigação de nódulo cervical, esta não foi bem aproveitada em relação às suas características preditoras de malignidade e benignidade, já que muitas das características que podiam inferir algum diagnóstico inicial não faziam parte dos registros dos pacientes.

A PAAF é o exame indicado para o diagnóstico citopatológico. Este exame se torna importante ao passo que os estudos mostram a sua possibilidade de diagnosticar de forma satisfatória lesões malignas em tumores ainda em estágio precoce, com sensibilidade para diagnóstico variando entre 58% a 96% e uma especificidade de 71% a 95%.^{23,24}

A PAAF tem a função de diferenciar entre neoplasia benigna e maligna, visto que a citologia geralmente não determina o diagnóstico histológico definitivo.^{25,26} Em estudo sobre glândulas salivares foi encontrada uma acurácia da PAAF de 97,4% para os tumores parotídeos.²⁷

Em nosso estudo, apesar de não ter havido testes estatísticos correlacionando a PAAF com o anatomopatológico devido o pequeno número de pacientes, observamos que a maior parte das PAAF foram conclusivas para adenoma pleomórfico, o que foi compatível com o percentual de adenoma pleomórfico encontrado no anatomopatológico (os dois equivalem a 62,5% dos casos). Desta forma, podemos inferir que a PAAF teve uma boa predição diagnóstica quanto a isso.

Após a análise clínica e por exames complementares (PAAF, USG, TC), caso não seja elucidada a natureza do nódulo, o próximo passo a seguir é a realização de parotidectomia superficial com identificação e preservação do nervo facial, seguido de exame de congelação, onde a lesão nodular é removida sem a exposição da sua cápsula, sendo indicada em lesões menores que 4 cm, móveis e localizadas no lobo superficial da glândula. Já em casos de acometimento do lobo profundo, a parotidectomia total deverá ser indicada.⁶

A ressecção cirúrgica ainda é o método de escolha no tratamento das neoplasias malignas de glândulas salivares. Para lesões da parótida a intervenção indicada é a parotidectomia com conservação do nervo facial.^{5,8}

A parotidectomia é o tratamento de escolha para os tumores benignos, devendo haver preservação do nervo facial.²⁸ Já para os malignos também deve ser feita a parotidectomia, podendo ser parcial ou total, e a preservação do nervo facial deve ser feita sempre que possível, deixando claro que por ser mais invasivo, os casos malignos estão mais susceptíveis a lesões

neste nervo.²⁶ Em nosso estudo não foi possível especificar o tipo de parotidectomia realizada e se houve esvaziamento cervical, tendo em vista que estas informações não estavam descritas detalhadamente nos prontuários.

É sabido que maioria das dificuldades e complicações das abordagens cirúrgicas na parótida tem relação com o nervo facial. Assim, o sacrifício do nervo (tronco e ramos), bem como a associação do esvaziamento cervical, ocorrem em muitas situações devido o tipo histológico e extensão do tumor.²⁹ Um estudo recente descreve que em 69 casos (40,1%) houve algum tipo de complicação pós-operatória e destas a mais frequente foi a parestesia facial (40 casos, 23,3%), seguida pela paralisia facial (07 casos, 4,1%).¹⁶

Na realidade apresentada nesta pesquisa, ocorreu lesão do nervo facial em 27,3% dos pacientes (consideramos tanto lesões parciais, como totais, temporárias ou permanentes), sendo que os motivos de tal lesão não foram explicados nos arquivos médicos desses pacientes. É importante salientar que outras pesquisas trazem taxas semelhante ao nosso estudo, onde foi realizada cirurgia em 100,0% dos pacientes e o nervo facial foi ressecado parcialmente em 9,0% e sacrificado em 19,0% dos casos.¹⁴

O esvaziamento cervical pode ser indicado em casos de tumores de alto grau de malignidade, ou que apresentem grande índice de metástase cervical como o carcinoma epidermoide e o indiferenciado.⁵

A radioterapia complementar é indicada em casos de tumores com alto grau de malignidade ou com margens cirúrgicas insuficientes, ou ainda, em casos em difícil acesso ao campo.⁵ Neste estudo, apenas 8,3% realizaram radioterapia e 8,3% realizaram radioterapia e quimioterapia combinadas.

Alguns estudos trazem taxas bem mais elevadas de utilização de terapias adjuvantes em detrimento das encontrados em nosso estudo, sendo que em alguns casos 62,2% dos pacientes com nódulos malignos de parótida realizaram radioterapia,¹⁵ no entanto outros se aproximaram do que foi encontrado nesta pesquisa, ao passo que relatam o uso de radioterapia em 10,0% dos pacientes.⁷

REFERÊNCIAS

1. Rocha P, Rocha P Júnior. Tumores benignos das glândulas salivares maiores. In: Brandão LG, Ferraz AR. Cirurgia de cabeça e pescoço. São Paulo: Rocca; 1989; p. 127-9.
2. Costa HO, Vianna MR. Tumores das glândulas salivares. In: Tratado de Otorrinolaringologia. São Paulo: Rocca; 2002. p. 155-76.
3. Ellis GL, Auclair PL. Tumours of the salivary glands. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1996.
4. Nagler RM, Laufer D. Tumors of the major and minor salivary glands: review of 25 years of experience. *Anticancer Res.* 1997;17:701-7.
5. Instituto Nacional do Câncer. Tumores nas glândulas salivares. Revista Brasileira de Cancerologia. 2002;48(1):9-12.
6. Tiago RS, Castro GA, Ricardo LA, Buhler RB, Fava AS. Adenoma pleomórfico de parótida: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2003;69(4):485-9.
7. Maahs GS, Oppermann PO, Maahs LG, Machado G Filho, Roncho AD. Parotid gland tumors: a retrospective study of 154 patients. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015;81(3):301-6.
8. Magrin J, Miguel RE, Kowalski LP. Tumores malignos e benignos das glândulas salivares. In: Kowalski LP, Anelli A, Salvajoli JV, Lopes LF. Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em Oncologia. 2. ed. São Paulo: Âmbito Editores; 2002. p. 401-5.

9. Lima SS, Soares AF, Amorim RF, Freitas RD. Perfil epidemiológico das neoplasias de glândulas salivares: análise de 245 casos. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005;17(3):335-40.
10. Kruschewsky LS, Castro T, Schear H, Ramos E, Kruschewsky MB, Santos JN, et al. Estudo epidemiológico do câncer de glândula salivar maior. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac.* 2011;14(1):1-6.
11. Melo AU, Agripino GG, Ribeiro CF, Martins FA, Aragão MD, Rosa MR. Neoplasias de glândulas salivares: estudo retrospectivo de 134 casos numa população do Nordeste do Brasil. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac.* 2012;12(2):65-72.
12. Campana IG, Gioato MC. Tumores de cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. *Rev Odont Araçatuba.* 2013;34(1):20-6.
13. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer. Prevenção e Fatores de Risco. [place unknown]: [publisher unknown]; [acesso em: 24 jul 2017]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/prevencao-fatores-de-risco>
14. Takahama A Junior, Almeida OP, Kowalski LP. Neoplasias de parótida: análise de 600 pacientes atendidos em uma única instituição. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009;75(4):497-501.
15. Oliveira F, Costa E, Pereira S, Pacheco R, Magalhães M. Tumores das glândulas parótidas: casuística dos últimos 10 anos do serviço de ORL do IPO de Lisboa. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço.* 2013;51:157-60.
16. Cairo LG, César TO, Priante AV, Cardoso CA, Nunes CL. Tumores de parótida: estudo retrospectivo dos aspectos clínicos, histológicos e terapêuticos. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2017; 46(1):6-10.
17. Mcguirt WF, Keyes JW, Greven KM, Williams DW, Watson NE, Cappellari JO. Preoperative identification of benign versus malignant parotid masses: a comparative study including positron emission tomography. *Laryngoscope.* 1995;105(6):579-84.
18. Takashima S, Takayama F, Wang Q, Kurozumi M, Sekiyama Y, Sone S. Parotid gland lesions: diagnosis of malignancy with MRI and flowcytometric DNA analysis and cytology in fine needle aspiration biopsy. *Head Neck.* 1999;21(1):43-51.
19. Joe VQ, Westesson PL. Tumors of the parotid gland: MR imaging characteristics of various histologic types. *AJR Am J Roentgenol.* 1994;163(2):433-8.
20. Hanna EY, Suen JY. Neoplasms of the salivary glands. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, Richardson MA, eds. *Otolaryngology head neck surgery.* St Louis: Mosby; 1998. p. 1255-1302
21. Przewozny T, Stankiewicz C. Neoplasms of the parotid gland in northern Poland, 1991-2000: an epidemiologic study. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2004;261:369-75.
22. Snow GB. Tumours of the parotid gland. *Clin Otolaryngol.* 1979;4:457-68.
23. Shintani S, Matsuura H, Hasegawa Y. Fine-needle aspiration of salivary gland tumors. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1997;26:284-6.
24. Heller KS, Dubner S, Chess Q, Attie JN. Value of fine needle aspiration biopsy of salivary gland masses in clinical decision-making. *The American Journal of Surgery.* 1992;164(6):667-70.
25. Shashinder S, Tang IP, Velayutham P, Prepageran N, Gopala KG, Kuljit S, et al. A review of parotid tumor sand their management: a ten-year-experience. *Med J Malasia.* 2009;64:31-3.
26. Lin CC, Tsai MH, Huang CC, Hua CH, Tseng HC, Huang ST. Parotid tumors: a 10-year experience. *Am J Otolaryngol.* 2008;29(2):94-100.
27. Dedivitis RA, Castro MA, Silva RA, Carvalho AS. Punção aspirativa por agulha fina e exame de congelação de lesões de glândulas salivares. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2009;38(4):223-6.
28. Leverstein H, Vander WJ, Tiwari RM, Vanderwaal I, Snow GB. Surgical management of 246 previously untreated pleomorphic adenomas of the parotid gland. *Br J Surg.* 1997;84(3):399-403.
29. Sungur N, Akan İM, Ulusoy MG, Özdemir R, Kiliç H, Ortak T. Clinico pathological evaluation of parotid gland tumors: a retrospective study. *J Craniofac Surg.* 2002;13(1):26-30.

Como citar:

Costa SM, Costa e Silva TD, Carlos CI, Oliveira ER. Análise epidemiológica e clínica dos nódulos de parótida: estudo retrospectivo. *Rev Med UFC.* 2020 jan-mar;60(1):35-40.