

# Adenocarcinoma polimorfo de baixo grau: relato de caso

Pedro Affonso Ferreira de MENEZES<sup>1</sup>, Jéssica Alves MACÁRIO<sup>2</sup>, Áurea Valéria de Melo FRANCO<sup>3</sup>, Sáskia de Souza PORDEUS<sup>1</sup>, Wilmara Alves de ALMEIDA<sup>2</sup>, Fernanda Braga PEIXOTO<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Graduando em Odontologia do Centro Universitário CESMAC

<sup>2</sup> Graduada em Odontologia do Centro Universitário CESMAC

<sup>3</sup> Mestre e Professora do Centro Universitário CESMAC

## Endereço correspondência

Rua Dr. José Correia Filho, 282, apto 406. Ponta verde.

57035-285, Maceió, Alagoas, Brasil.

[pedroafmenezes@hotmail.com](mailto:pedroafmenezes@hotmail.com)

Recebido em 05 de março (2016) | Aceito em 1 de agosto (2016)

## RESUMO

O Adenocarcinoma Polimorfo de Baixo Grau (APBG) é uma neoplasia de origem glandular salivar maligna de baixa frequência, ocorrendo de 2,2% a 7% dos casos em glândulas salivares menores. Relata-se o caso de uma paciente do gênero feminino, melanoderma, quarenta e oito anos, que compareceu à Clínica de Estomatologia do Centro Universitário Cesmac queixando-se de “uma lesão que apareceu após ter machucado o céu da boca com uma espinha de peixe, há muito tempo. No exame físico intraoral observou-se um nódulo único, fixo, localizado no lado direito do palato duro, normocrômico, superfície lisa, formato oval e limites nítidos, apresentando consistência fibrosa, inserção sésil, indolor, medindo aproximadamente 4,0x2,0x0, 5cm. Após realização da biópsia excisional o diagnóstico definitivo foi de APBG. O APBG é uma neoplasia mais prevalente em glândulas salivares menores em região de palato, mais prevalente em mulheres entre a quinta e a oitava década de vida. Esta neoplasia possui características histológicas variáveis, o que pode dificultar seu diagnóstico, principalmente em biópsias incisais pequenas. O tratamento de escolha preconizado pela literatura é a remoção total com margem de segurança, sendo realizada a radioterapia nos casos mais graves. É importante, nestes casos, o estabelecimento do correto diagnóstico, pois o APBG possui características clínicas e histológicas semelhantes ao Adenoma Pleomórfico e Carcinoma Adenóide Cístico, no entanto o comportamento clínico é diferente.

Palavras-chave: Malignidade. Adenocarcinoma. Palato.

## ABSTRACT

The polymorphous low-grade adenocarcinoma (PLGA) is a malignant neoplasm of salivary gland origin of low frequency, occurring in 2.2% to 7% of cases in the minor salivary glands. We report the case of a female patient, melanoderma forty-eight, who attended the Clinic of Stomatology Cesmac University Center complaining of "an injury that appeared after having hurt the roof of your mouth with a herringbone long ago. In intraoral physical examination revealed a single fixed node, located on the right side of the hard palate, normochromic, smooth, oval shape and sharp boundaries, with fibrous consistency, insertion sessile, painless, measuring approximately 4,0x2,0x0, 5cm. Upon completion of the definitive excisional biopsy diagnosis was PLGA. The PLGA is the most prevalent cancer in the minor salivary glands in the region of the palate, more prevalent in women between the fifth and eighth decade of life. This neoplasm has histological characteristics variables, which may hinder its diagnosis, especially in small incisional biopsies. The treatment of choice advocated in the literature is the complete removal with a safety margin, the radiation being held in the most serious cases. It is important in these cases to establish the correct diagnosis because the PLGA features similar to pleomorphic adenoma and carcinoma Adenoid Cystic clinical and histological features, however the clinical behavior is diferente.

Keywords: Malignancy. Adenocarcinoma. Palate.

## 1. INTRODUÇÃO

As glândulas salivares são órgãos exócrinos produtores de saliva, que é um fluido essencial para lubrifi-

cação, deglutição, mastigação, digestão, e proteção do sistema aerodigestivo, possuindo eficaz ação antimicrobiana [1,2]. Possuem origem embriológica a partir do ectoderma primitivo do estômago [3]. São divididas em maiores (parótida, submandibular e sublingual) e menores, estando localizadas na cavidade oral com exceção da parte anterior do palato e gengiva [1,2]. Tais estruturas podem ser acometidas por várias patologias, desde processos infecciosos até neoplásicos [2].

A parótida é a maior glândula salivar possui formato piramidal, ocupa região entre o ramo da mandíbula e o processo mastoide e secreta saliva serosa, rica em proteína e elevada atividade de amilase. A glândula submandibular é composta por porção mista com maioria serosa (em uma razão de 3:2), estando localizada no soalho da boca e na região supra-hioidea do pescoço [4,5]. Assim como a glândula submandibular, a sublingual, de tamanho inferior, produz saliva mucosa e serosa. Está localizada no assoalho da cavidade bucal, sendo constituída por uma coleção de pequenas glândulas [6].

As glândulas salivares menores estão presentes na cavidade bucal em maior quantidade. São glândulas exócrinas produtores de saliva mucosa, com pouca produção de saliva serosa. Estão localizadas na mucosa jugal, lábio, língua, palato mole, nas laterais do palato duro e no assoalho da boca [7]. As patologias de glândulas salivares se classificam em lesões reacionais, sialoadenites infecciosas, neoplasias benignas e malignas [8].

Os tumores benignos são os mais frequentes, 54 a 79%, enquanto que os malignos representam 21 a 46% [9,10]. A glândula parótida apresenta a maior incidência das neoplasias, correspondendo a 64%, enquanto que nas glândulas salivares menores a ocorrência é de 23%, na submandibular 10% e na sublingual 0,3% [11]. Das neoplasias presentes na glândula parótida, 25% são malignas enquanto que na submandibular esse número cresce para 45%, já na sublingual a frequência é de 70% a 90% enquanto que nas glândulas salivares menores a ocorrência é de 45% a 82%, ou seja, quanto menor a glândula, maior a probabilidade de desenvolvimento de malignidade [9].

Os tumores de glândula salivar possuem histologia bastante variada [12,13] e complexa, dessa forma estes tumores podem ser originados dos ácinos (mucinoso, seroso, misto) e ductos (estriado, intercalado, excretor) [2].

O Adenocarcinoma Polimorfo de Baixo Grau

(APBG) é uma neoplasia epitelial maligna de baixa frequência, ocorrendo de 2,2% a 7% dos casos em glândulas salivares menores [9,14,15]. Por possuir aspectos clínicos e histopatológicos distintos dos outros tumores de glândulas salivares menores é de difícil diagnóstico, sendo por isso separado das outras neoplasias malignas [3,9]. Este tumor é considerado de baixo grau de malignidade, o que é justificado pelo seu bom prognóstico, baixo risco de recidiva, de metástase e curso clínico lento [8,13].

O APBG possui predileção pelo gênero feminino, numa proporção de 2:1, sendo sua localização mais comum, em 60% dos casos, as glândulas salivares menores da região do palato, atingindo uma faixa etária entre a quinta e à oitava década [8,14,17].

Clinicamente, caracteriza-se como nódulo indolor de diâmetro variando de 1 a 4 centímetros e por vezes pode se apresentar ulcerado [8]. Em aproximadamente 10% dos pacientes, no momento do diagnóstico de APBG os linfonodos locais apresentam-se metastáticos [9].

Em análise microscópica o APBG caracteriza-se por possuir feixes de células infiltrativas, ausência de cápsula com morfologia geral lobular e padrões histológicos diversos, sendo assim definido com formato pseudouniforme [8]. Suas células possuem formato esférico e/ou poligonal, o núcleo pode se apresentar esférico, fusiforme ou ovoide com citoplasma de coloração variada [9,12]. Estas células possuem crescimento diferente, podendo ter formato sólido, cribiforme, tubular, trabecular, fascicular e papilar, isso justifica a denominação polimorfo [14,15]. As células periféricas geralmente possuem aspecto infiltrativo invadindo o tecido subjacente em forma de fileiras [17]. É comum a invasão perineural, e esta característica dificulta a diferenciação com o Carcinoma Adenóide Cístico [9,12,15,19]. A invasão perineural no APBG ocorre em cerca de 30% dos casos [19]. Em algumas situações, pode-se observar ainda, extensão para o osso subjacente do palato ou da mandíbula e para a musculatura esquelética [9,14,17].

A principal forma de tratamento do APBG é a ampla excisão cirúrgica local com margens livres. Em casos mais graves, além da remoção cirúrgica da lesão é necessário associação com radioterapia [12,16,18]. Em pacientes em que os linfonodos regionais possuem tumefação é indicado a realização do esvaziamento cervical [8]. Em casos de adenopatia cervical deve ser realizada ainda a dissecação de pescoço [14].

Metástases regionais ocorrem entre 9% e 15%, e raras vezes têm-se relatado metástases distantes [14,17]. A recorrência ocorre em 9% a 17% de todos os casos, geralmente meses ou anos após o tratamento [9,19]. Nesses casos, indica-se uma nova excisão cirúrgica. O índice de sobrevida global para o APBG é excelente, podendo existir óbito nos casos em que estruturas vitais forem invadidas [9,15].

Faz-se importante conhecer o Adenocarcinoma Polimorfo de Baixo Grau, por ser uma lesão com características clínicas e histopatológicas que se assemelham a outras lesões como o Adenoma Pleomórfico, que é uma neoplasia benigna, e o Carcinoma Adenóide Cístico, que é uma neoplasia maligna agressiva. Assim, saber diagnosticá-lo e conduzir o caso de forma correta é de suma importância, para que o paciente receba o tratamento ideal e esteja ciente da gravidade da sua doença. Assim, este artigo tem como objetivo relatar um caso de uma paciente com Adenocarcinoma Polimorfo de Baixo Grau em região de palato duro e discutir alguns aspectos sobre as características clínicas, histopatológicas, diagnóstico diferencial e tratamento.

## 2. Relato de Caso

Paciente do gênero feminino, melanoderma, quarenta e oito anos de idade, compareceu à Clínica de Estomatologia do Centro Universitário Cesmac, queixando-se de “uma lesão que apareceu após ter machucado o céu da boca com uma espinha de peixe, há muito tempo”. Na história da doença atual a paciente relata estar com uma lesão no palato duro há aproximadamente 9 anos. A lesão não exibiu sintomatologia dolorosa, no entanto a paciente referiu prurido na região.

Quando questionada sobre a história médica, constatou-se que a mesma é portadora de hipertensão arterial (uso diário de Captopril – 1X ao dia) e apresentou episódios de hemorragia nasal. Além disso, possui hábito de fumar 6 cigarros, por dia, há 32 anos.

Ao exame físico extraoral, paciente não apresentava nenhuma alteração digna de nota. No exame físico intraoral (Figura 1) observou-se a presença de um nódulo único, fixo, localizado no lado direito do palato duro, normocrômico, superfície lisa, de formato oval e limites nítidos, apresentando consistência fibrosa, inserção sésil, indolor, medindo aproximadamente

4,0x2,0x0,5cm.



**Figura 1: Aspecto intraoral numa vista oclusal. Extensa lesão nodular envolvendo o palato duro.**

Vale ressaltar que a paciente é portadora de uma prótese parcial removível e a mesma possuía uma área de alívio que contornava a lesão. A paciente afirmou que a prótese foi feita por um protético na região em que mora (Figuras 2 e 3).



**Figura 2: Prótese confeccionada pelo protético, mostrando a região de alívio.**



**Figura 3: Aspecto intraoral numa vista oclusal. Prótese adaptada sob a lesão nodular**

A conduta inicial foi à realização de uma radiografia oclusal total do palato, na qual foi observada ausência de dentes, extensa cárie no dente 23, reabsorção óssea horizontal na região anterior da maxila e nenhuma alteração óssea adjacente à região da massa nodular (Figura 4).



**Figura 4: Radiografia oclusal total da maxila. Ausência de lesão óssea.**

Em seguida foi realizada a biópsia excisional, para posterior análise histopatológica no laboratório de patologia bucal do Centro Universitário Cesmac (Figura 5).



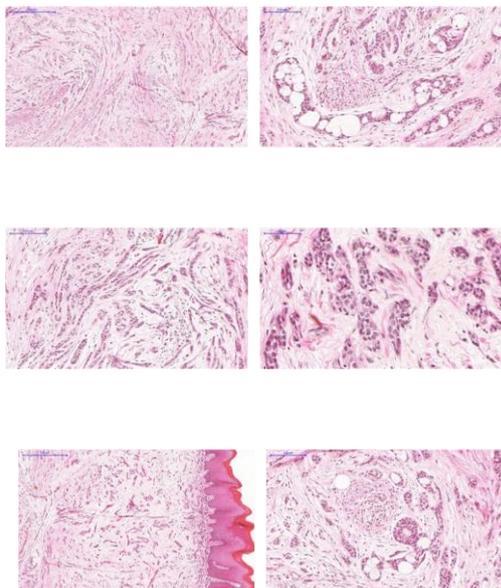
**Figura 5: Foi realizada a excisão cirúrgica.**

As hipóteses dignósticas foram de Fibroma Ossificante Periférico ou Adenoma Pleomórfico. O material recebido para exame histopatológico constava de 2 (dois) fragmentos de tecido mole, medindo em conjunto 42x19x10mm. O fragmento apresentava formato e superfície irregular, coloração branca com áreas pardacentas e consistência fibrosa (Figura 6).



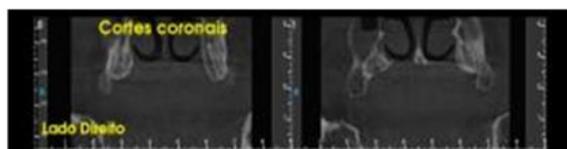
**Figura 6: Peça cirúrgica. Foram removidos dois fragmentos da lesão nodular.**

Os cortes histológicos revelaram fragmentos de neoplasia maligna de origem glandular salivar, exibindo diversidade no arranjo arquitetural (Figura 7 – A), com áreas cribiformes (Figura 7 - B), e predomínio de cordões, por vezes com fileiras únicas (Figura 7 – C), e ninhos com pequenas quantidades de células (Figura 7 – D). Individualmente as células exibem uniformidade citológica (Figura 7 – D), exibindo núcleos ovais ou arredondados, com alguns núcleos hiper cromáticos e citoplasma variando do pálido ao eosinofílico. Um caráter infiltrativo pode ser observado tanto em direção a periferia quanto em profundidade (Figura 7 – E); e área de invasão perineural também pode ser detectada (Figura 7 – F). O estroma de sustentação é composto de tecido conjuntivo fibroso, ora mais hialinizado, ora mais mixomatoso e exibe moderada vascularização. Diante desse quadro histopatológico o diagnóstico definitivo foi de Adenocarcinoma Polimorfo de Baixo Grau.



**Figuras 7: Cortes Histopatológicos. A, Diversidade no arranjo arquitetural. B, Áreas cribiformes. C, Predomínio de cordões. D, Ninhos com pequenas quantidades de células. E, Caráter infiltrativo tanto em direção à periferia quanto em profundidade. F, Invasão perineural.**

Após o diagnóstico definitivo, foi solicitada tomografia computadorizada, que por meio da análise dos cortes e planos obtidos não demonstrou nenhuma alteração na área da lesão (Figura 8 A-D).



**Figuras 8 - Tomografia Computadorizada. A, Corte coronal anterior da maxila. B, Mediano. C, Posterior. D, Oclusal e reconstrução em 3D. Ausência de lesão óssea.**

Por se tratar de uma lesão maligna, a paciente foi encaminhada para tratamento no serviço de oncologia, no entanto a paciente optou por realizar a radioterapia no Estado de São Paulo, pela escassez de serviços ofertados na sua região.

### 3. Discussão

O Adenocarcinoma Polimorfo de Baixo Grau acomete comumente glândulas salivares menores da cavidade oral e da orofaringe [19], ocorrendo de 2,2% a 7% [9,15]. É o segundo tumor maligno mais comum destas glândulas [14,19], perdendo somente para o Carcinoma Adenóide Cístico [19]. Há relatos dessa neoplasia maligna ocorrendo na base da língua [21]. Outros artigos relatam que esta neoplasia ocorre nestas glândulas cerca de 17,3% a 26,4% [20].

Na literatura pesquisada, não foi observada nenhuma causa ou mecanismo de desenvolvimento do APBG. Tem predileção pelo gênero feminino, numa proporção de 2:1 [14]. No caso relatado foi observado a lesão em uma paciente do gênero feminino e na região de palato corroborando o que foi encontrada na literatura pesquisada. A faixa etária de maior prevalência da lesão está entre a quinta e à oitava década de vida [8,17], cerca de 70% dos casos, podendo ser encontrado até mesmo em jovens com faixa etária de 18 anos [22].

O local mais comum da ocorrência dessa neoplasia é no palato, em aproximadamente 60% dos casos [3,14,17,19] embora existam relatos em outros locais, como glândula parótida, ouvido, nasofaringe, lábio superior e mucosa jugal, ocorrendo estes últimos em média 35% [3,17]. Outra localização não comum do APBG, é na região de glândula parótida, apresentando apenas 27 relatos [18]. A paciente deste estudo, apresenta a lesão nodular no palato duro, abrangendo o lado direito.

Em relação às características clínicas, o APBG se apresenta como nódulo de 1 a 4 centímetros e por vezes ulcerados [8,17]. Essa ulceração não é visualizada no

presente caso, pois este nódulo possui superfície lisa. Na maior parte dos casos ele se apresenta como massa indolor circunscrita, firme à palpação<sup>3</sup>. Ocasionalmente ocorrem sangramentos e se apresentam numa coloração castanho-amarelado [14]. Neste caso clínico a lesão era assintomática, endurecida e de coloração normal de mucosa, indo de encontro a maioria da literatura pesquisada [8,9].

Ressalta-se o fato da paciente nesse estudo ser portadora de uma prótese parcial removível, adaptada sobre a lesão nodular, confeccionada pelo protético da sua região, onde foi constatado o exercício ilegal da profissão e o descaso deste profissional que além de não estar apto ao diagnóstico, não indicou a paciente a um adequado tratamento. O orçamento barato leva muitas pessoas a cair nas mãos de pessoas em atividade ilícita profissional, infringindo o código de ética do Conselho Federal de Odontologia, do artigo 11 parágrafo XI, é considerado infração ética, delegar a profissionais técnicos ou auxiliares atos ou atribuições exclusivas da profissão de cirurgião-dentista [24].

As informações fornecidas pelos exames radiográficos convencionais são limitadas, mas são utilizados para lesões que estão adjacentes a tecidos mineralizados, como região de palato duro. Nas doenças malignas iniciais de glândulas salivares, as evidências radiográficas são baseadas em estágios avançados da doença, quando ocorre alterações nos ossos adjacentes [16,18,25].

No caso relatado a análise radiográfica oclusal, revelou estruturas ósseas integras assim como a tomografia computadorizada, não apresentou envolvimento ósseo adjacente. A ressonância magnética é um dos recursos diagnósticos mais indicados para essa finalidade, por fornecer definição dos tecidos moles sem utilizar radiação ionizante [26].

Nas características histopatológicas do APBG, pode-se observar presença de variados padrões morfológicos de crescimento no interior da lesão [13,14]. Há presença de áreas sólidas, tubular, cribiforme [13], trabecular, fascicular e papilar [14,15,19]. Caracteriza-se por apresentar crescimento infiltrativo, as mitoses são raras, a invasão perineural é bastante comum<sup>19</sup>, com presença de núcleos hiper Cromáticos[14]. Todos estes aspectos histológicos foram possíveis serem visualizados no referido trabalho.

O APBG pode ser facilmente confundido com outras neoplasias de glândulas salivares, como o

Adenoma Pleomorfo e Carcinoma Adenóide Cístico (CAC) [19,20]. O CAC possui uma ligeira predileção pelo gênero feminino [3] e, é a segunda neoplasia maligna mais comum de glândula salivar, ocorrendo no palato em cerca de 20% dos casos, já o APBG é o terceiro tumor que ocorre com mais frequência de todos os casos [19,20] e, semelhante ao CAC, acomete mais o gênero feminino, sendo este não agressivo, com índice de metástase baixo, mas tem a capacidade de recidivar após meses ou até anos [19].

Nas características clínicas comuns entre o APBG, AP e CAC, podemos destacar o fato de serem comuns no palato duro e apresentarem consistência firme e crescimento lento. Tanto o AP quanto o APBG, é raro visualizar ulceração na superfície da massa nodular [3].

As características histopatológicas diferenciais entre o APBG, AP e CAC, são de fundamental importância para um melhor diagnóstico final. O APBG se apresenta infiltrativo, não encapsulado e ausência de estroma condróide, o que não é visto no AP. A característica histopatológica mais comum do CAC é o padrão cribiforme, onde há a presença de células menores com aspectos mais basalóides que contém espaços cilíndricos, lembrando queixo suíço, com citoplasma mais escassos e claramente marcado, além de núcleos hiper Cromáticos [9]. Já no APBG estas células são arredondadas, e com citoplasma eosinofílico e presença de núcleos vesiculosos [9].

A recorrência do APBG ocorre de 9% a 7% [9] de todos os casos. Outros relatos indicam que essa porcentagem aumenta para 30% [20]. Estatisticamente tumores localizados no palato são mais susceptíveis a recorrência [15]. Geralmente a recorrência acontece meses após o tratamento ou até possivelmente muitos anos [19], assim como neste artigo, onde a recorrência ocorreu 9 anos depois, de modo contrário, os estudos [20] mostram que o tempo médio para a recorrência é [7], 2 anos, devendo ser realizado acompanhamento a longo prazo das pacientes portadoras desta patologia [20].

O APBG possui um bom prognóstico, isso justifica o termo baixo grau [13]. A invasão perineural não influencia o prognóstico [17]. A morte dos pacientes que possuem esse tumor é raro, com uma sobrevida global excelente, podendo existir nos casos em que estruturas vitais forem invadidas [9,15]. Há relatos [15] de pacientes que faleceram com essa patologia, mais sem causa aparente relacionada ao APBG, porém é interessante verificar os efeitos dessa patologia, como

metástase pulmonar e extensão do tumor para estruturas vitais [15]. Ainda está sendo avaliado o papel da radioterapia no tratamento dessa patologia [9]. A melhor forma de tratamento do APBG é ampla excisão cirúrgica local com margens livres [14-16,19].

No presente estudo, para fins de diagnóstico, foi realizado biópsia excisional, sem grandes margens de segurança. A biópsia excisional não é indicada para lesões com suspeita de malignidade [23], mas justifica-se a realização desse procedimento de diagnóstico já que as hipóteses diagnósticas foram: Adenoma Pleomórfico e Fibroma Ossificante Periférico, ambos benignos.

Após o diagnóstico definitivo de APBG, a paciente foi encaminhada para o centro de referência local, mas optou em realizar o tratamento no Estado de São Paulo, e não retornou para a realização do acompanhamento clínico, não respondendo as diversas tentativas de contatos.

#### 4. Conclusões

O APBG é uma neoplasia mais prevalente em glândulas salivares menores em região de palato, mais prevalente em mulheres entre a quinta e a oitava década de vida. Esta neoplasia possui características histológicas variáveis, o que pode dificultar seu diagnóstico, principalmente em biópsias incisórias pequenas. O tratamento de escolha preconizado pela literatura é a remoção total com margem de segurança, sendo realizada a radioterapia nos casos mais graves. É muito importante nestes casos o estabelecimento do correto diagnóstico, pois o APBG, o AP e o CAC possuem características clínicas e histológicas semelhantes, no entanto, exibem comportamentos clínicos diferentes.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Katchburian E, Arana V. Histologia e Embriologia Oral. 2ª Ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 2004.
- [2] Kruschewsky LS et al. Estudo epidemiológico do câncer de glândula salivar maior. Rev Bras Cir Craniomaxilofac 2011;14(1):1-6.
- [3] Sapp P, Eversole LR, Wysocki GP. Patologia buco-maxilofacial contemporânea. 2ª ed. Santos: São Paulo; 2012.
- [4] Junqueira LC, Carneiro J. Histologia básica. 11ª Ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 2008.
- [5] Berkovitz BKB, Holland GR. Anatomia, Embriologia e Histologia Bucal. 3ª Ed. Artmed; 2004.
- [6] Avery JK. Desenvolvimento e histologia bucal. 3ª Ed. Santos: Porto Alegre; 2005.
- [7] Balogh MB, Fehrenbach MJ. Anatomia, Histologia e Embriologia dos Dentes e das Estruturas Orofaciais. Tradução da 3ª Ed. Elsevier; 2012.
- [8] Regezi JÁ, Ciulba JJ, Jordan RCK. Patologia Oral, correções clínico patológicas. 5ª Ed. Saunders Elsevier: Rio de Janeiro; 2008.
- [9] Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral & maxilofacial. 2ª Ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 2008.
- [10] Carboni SSCM. Padrão de expressão das gtpases RHO em adenoma pleomórfico de parótida. Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2011.
- [11] Barnes L, Eversen JW, Reichart P, Sidransky D. Wased Health Organization Classification of Tumors. Pathology and genetics of head and neck tumors. International Agency for research on câncer; 2005.
- [12] Morais MLSA, Sarmiento DJS, Silveira EJD, Oliveira ICP, Costa ALL. Adenocarcinoma polimorfo de baixo grau: relato de um caso adicional e uma atualização dos principais aspectos sobre seu diagnóstico. Rev. Odontol UNESP 2010;311-315.
- [13] Soames JV, Southam JC. Patologia Oral. 4 Ed. Rio de Janeiro, Editora Gen/Guanabara Koogan; 2008.
- [14] Luna MA, Wenig BM. Classificação de Tumores da Organização Mundial de Saúde. Genética e Patologia dos Tumores de Cabeça e de Pescoço. Ed. Santos. Gen/Grupo Editorial Nacional; 2009.
- [15] Castle JT, Thompson LDR, Frommelt RA, Wenig BM, Kessler HP. Polymorphous Low - Grad Adenocarcinoma a clinicopathologic study of 164 cases. American cancer society 1999;86(2):207-219.
- [16] Gupta S, Kumar CA, Raghav N. Polymorphous Low-Grade Adenocarcinoma of the Palate: Report of a case and Review of Literature. International journal of Head and Neck Surgery 2011;57-60.
- [17] Adornato MC, Penna K, Vinaski M. Polymorphous Low - Grade Adenocarcinoma of the oral cavity. New York State Dental Journal 2000;28-32.
- [18] O' Rourke AK, Gourin CG, Wade ZK, Hessler RB. Polymorphous Low - Grade Adenocarcinoma of the parotid gland. Ear, Nose e Throat Journal 2006;669-71.
- [19] Mc Hugh Jonathan BMDV, Daniel WMD, Barnes E, Leon MD. Update on Selected Salivary Gland Neoplasms. Archives of Pathology e Laboratory Medicine 2009;1763-74.
- [20] Fife TA, Smith B, Sullivan CA, Browne JD, Waltonon JD. Polymorphous Low-Grade Adenocarcinoma: A 17 patient case series. American Journal of otolaryngology 2013;445-8.
- [21] Tincani AJ, Altemani A, Martins AS, Barreto G et al.

Polymorphous Low-Grade Adenocarcinoma at the base of the tongue: An unusual location. *Ear, Nose e Throat Journal* 2005;794-5.

- [22] Shukla M, Gaud U, Kumar M. Pandey M. Polymorphous Low – Grade Adenocarcinoma (PLGA) in an 18- year - old Male. Association of Surgeons of India. *Indian J Surg* 2013;75(2):153-155.
- [23] Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Manual de especialidades em saúde bucal. Brasília (DF); 2008.
- [24] Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica. Brasília (DF); 2012.
- [25] White SC, Pharoah MJ. *Radiologia Oral: fundamentos de interpretação*. 5ª Ed. São Paulo: Elsevier; 2007.
- [26] Rotta RFR et al. O papel da ressonância magnética no diagnóstico do adenoma pleomórfico: revisão da literatura e relato de casos. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2003;69(5):699-707.