

CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO: RELATO DE CASO

Alysson Luís Santos Zuzarte¹, Cleverson Luciano Trento¹, Melka Coelho Sá¹, Janaína Araújo Dantas¹, Virgínia Kelma dos Santos Silva¹, Shalini Singh¹, Alícia Marcelly Souza de Mendonça Silva¹, Antônio Carlos Marqueti¹.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p4051-4063>

Artigo recebido em 30 de Julho e publicado em 25 de Outubro de 2024

RELATO DE CASO

RESUMO

O carcinoma adenoide cístico (CAC) é uma neoplasia epitelial maligna rara de glândula salivar da região oral e maxilofacial. Ocorre, em maiores proporções, em glândulas salivares menores, na região de palato duro e mole, seguido por mucosa jugal e do assoalho da boca. Habitualmente, tem um crescimento lento, fazendo com que sua agressividade muitas vezes seja subestimada. Todavia é uma neoplasia que tende à recidiva local e eventual metástase à distância. O objetivo do artigo é apresentar um caso extenso de carcinoma adenoide cístico em paciente do sexo feminino, de 52 anos, em mucosa oral que, histopatologicamente, apresenta aspectos muito semelhantes ao adenocarcinoma polimorfo, bem como apresentar a conduta tomada para o correto diagnóstico.

Palavras-chave: Carcinoma Adenoide Cístico, Neoplasias das Glândulas Salivares, Patologia Bucal, Imuno-Histoquímica.

ADENOID CYSTIC CARCINOMA: A CASE REPORT

ABSTRACT

Adenoid cystic carcinoma is a rare malignant epithelial neoplasm of the salivary glands of the oral and maxillofacial. It is more common in smaller glands, the hard and soft palate, followed by the jugal mucosa and the floor of the mouth. It is usually slow growing and its aggressiveness is often underestimated. However, it is a neoplasm that tends to recur locally and eventually metastasise. The aim of this article is to present an extensive case of adenoid cystic carcinoma of the oral mucosa in a 52-year-old female patient, which histopathologically has aspects very similar to polymorphous adenocarcinoma, and to present the approach to make the correct diagnosis.

Keywords: Carcinoma, Adenoid Cystic; Salivary Gland Neoplasms; Pathology, Oral; Immunohistochemistry.

Instituição afiliada – ¹ Universidade Federal de Sergipe

Autor correspondente: *Alysson Luís Santos Zuzarte* alysson_zuzarte@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O carcinoma adenoide cístico (CAC) é uma neoplasia epitelial maligna rara de glândula salivar da região oral e maxilofacial. Foi descrito pela primeira vez em 1856 por Billroth, denominado de cilindroma e sua etiologia ainda é desconhecida (Alleyne *et al.*, 1996; Cantù, 2021). O CAC origina-se das células epiteliais das glândulas secretoras de muco, particularmente, nas glândulas salivares e, habitualmente, tem um crescimento lento, fazendo com que sua agressividade muitas vezes seja subestimada (Alves *et al.*, 2004; Li *et al.*, 2021; Neville *et al.*, 2016). Todavia é uma neoplasia implacável que tende à recidiva local e eventual metástase à distância (Neville *et al.*, 2016).

Os tumores malignos de glândulas salivares representam aproximadamente 3-6% de todas as neoplasias diagnosticadas na região de Cabeça e Pescoço (Malhotra; Agrawal; Pandey, 2009; Oliveira *et al.*, 2009; Ward *et al.*, 2009). O CAC corresponde a cerca de 1% de todos os tumores malignos da cabeça e pescoço (Dantas *et al.*, 2015; Gião *et al.*, 2017; Satos *et al.*, 2011). A localização primária mais comum em glândulas salivares maiores demonstra uma distribuição igualitária entre a parótida e a submandibular. Porém, ocorre em maiores proporções, em glândulas menores, na região de palato duro e mole, seguido por mucosa jugal e do assoalho da boca (Suárez *et al.*, 2016). Apresentando-se clinicamente como um aumento de volume ou nódulo de consistência endurecida, recoberto, geralmente, por mucosa íntegra, a dor é o achado clínico mais comum e, radiograficamente, pode-se perceber destruição óssea (Soares *et al.*, 2008).

Histopatologicamente, consiste em dois tipos principais de células: ductais, localizadas na parte interna, e mioepiteliais, localizadas na parte externa do ducto. As células ductais têm citoplasma eosinofílico e núcleos uniformemente redondos, enquanto as células mioepiteliais têm citoplasma claro e núcleos angulares hipercromáticos (Bishop *et al.*, 2021; Skalova *et al.*, 2022). O carcinoma mostra três padrões de crescimento: tubular, cribriforme e sólido, sendo mais comum encontrar uma mistura desses padrões (Bishop *et al.*, 2021; Skalova *et al.*, 2022). Conseqüentemente, a seguinte classificação histológica é usada para sua classificação: tubular predominante como grau I, cribriforme predominante como grau II e sólido

predominante como grau III (Bishop *et al.*, 2021; Skalova *et al.*, 2022; Szanto *et al.*, 1984). O padrão tubular é o mais comum, podendo ser visto no adenocarcinoma polimorfo (ACP), além disso, outra característica compartilhada entre as lesões é a presença de invasão perineural, o que causa confusão diagnóstica (Neville *et al.*, 2016).

O presente artigo visa apresentar um caso extenso de carcinoma adenoide cístico em mucosa oral, associado a glândulas salivares menores da mucosa jugal, que, histopatologicamente, apresenta aspectos muito semelhantes ao adenocarcinoma polimorfo, bem como a conduta tomada para o correto diagnóstico, visando a evitar sobre ou subtratamentos como ocorreu no caso em questão, antes de procurar o serviço de Diagnóstico Oral do Departamento de Odontologia (DOD) do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS/UFS).

METODOLOGIA

Este artigo trata-se de um relato de caso clínico, pois aborda de forma descritiva e qualitativa um caso de carcinoma adenoide cístico em um indivíduo.

A paciente foi convidada a participar da pesquisa e assinou o do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 12431319.5.0000.5546).

Todas as informações foram obtidas através do prontuário, de exames de imagem e de laudo histopatológico e imunohistoquímico.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 52 anos de idade, feoderma, deu entrada no Ambulatório de Diagnóstico Oral do CCBS/UFS, queixando-se de um “caroço inchado na bochecha direita”. Relata que percebeu um aumento de volume em região geniana direita há dois anos e esse não regrediu após a exodontia de 4 unidades dentárias (UD). A anamnese não revelou nada digno de nota quanto à sua condição sistêmica.

Ao exame físico extraoral, foi possível observar uma tumefação de aproximadamente 1 cm em região geniana que promovia alteração no padrão facial (assimetria), de consistência firme e com sintomatologia dolorosa ao toque (Figura 1). Ao exame físico intraoral, a mucosa jugal apresentava-se tumefeita, porém com a superfície dentro do padrão de normalidade, sendo solicitada uma tomografia

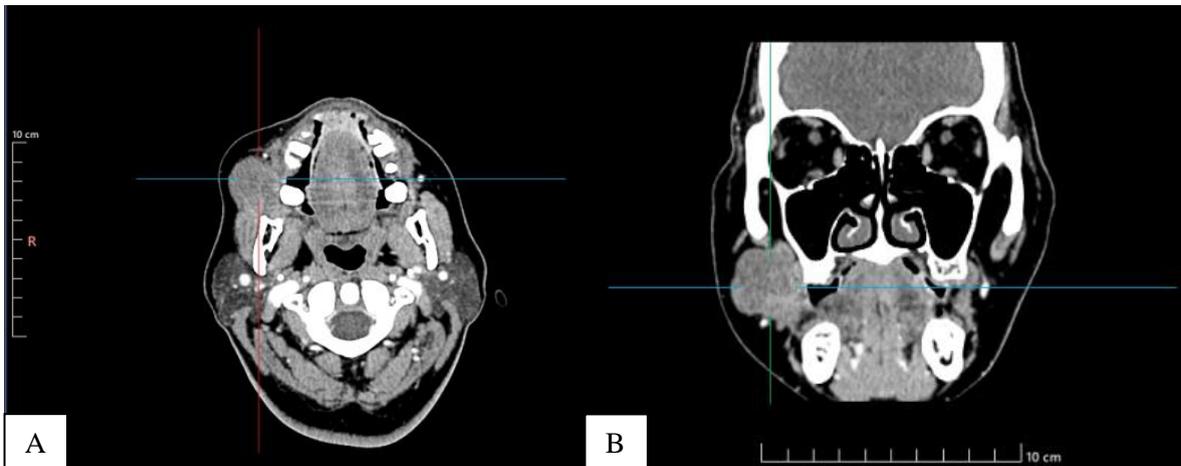
computadorizada de feixe em leque (TCFL) da face, seios da face, ATM com contraste e sem sedação, onde foi identificada uma massa de contorno irregular com densidade de tecidos moles e realce heterogêneo pelo meio de contraste no espaço mastigatório direito, infiltrando o músculo bucinador e em íntimo contato com o músculo masseter (Figura 2).

Figura 1: Exame físico extraoral exibindo discreta assimetria facial, promovida pelo aumento de volume em região geniana do lado direito.



Fonte: Autores (2022).

Figura 2: A) TCFL corte axial, janela para tecido mole, evidenciando a lesão com 4,2cm X 2,7cm X 2,9cm; B) TCFL corte coronal, janela para tecido mole.

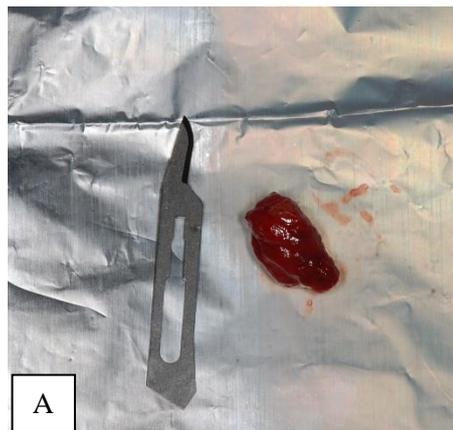


Fonte: Autores (2022).

A paciente foi submetida a uma biópsia incisional em região de mucosa jugal direita (Figura 3). O material foi enviado para análise anatomopatológica no setor de Patologia do HU-UFS, onde a microscopia realizada por cortes histológicos corados em hematoxilina-eosina (HE) e analisados em microscopia de luz, revelaram fragmento de

lesão maligna de glândula salivar, exibindo proliferação de células de pequeno a médio tamanho com núcleo minimamente hiper cromático (pálido) e vesiculoso (Figura 4A). Estas células desenvolvem arranjos lobulares, cístico-papilar, áreas cribriformes (que, por vezes, lembravam o carcinoma adenoide cístico) e organização em fila indiana. As células formam circunvalações concêntricas em torno de nervos. O estroma apresenta áreas de hialinização e mixóide. Devido a semelhanças histopatológicas, houve a necessidade de estudo imunohistoquímico da neoplasia para diagnóstico diferencial, principalmente entre Adenocarcinoma Polimorfo e Carcinoma Adenoide Cístico, esse último exame confirmou o diagnóstico de CAC (Figura 4B e 4C).

Figura 3: A) Fragmento de biópsia incisional em mucosa jugal; B) Pós-operatório imediato; C) Aspecto da região operada após 15 dias.



Fonte: Autores (2022).

Figura 4: (A) Coloração hematoxilina-eosina; (B) Imunohistoquímica demonstrando dois tipos celulares: células epiteliais/ductais positivas para c-kit e citoceratina; (C) Células basais/ mioepiteliais positivas para P63 - achados de CAC.



Fonte: Autores (2023).

Então, a paciente foi encaminhada à equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HU-UFS, que optou pela exérese da lesão, esvaziamento suprahomioideo e retalho do músculo platisma, além de tratamento quimioterápico adjuvante, concomitante com radioterapia em leito de mucosa jugal direita (Figura 5).

Figura 5: Pós-operatório de 11 meses da cirurgia de exérese da lesão, esvaziamento suprahomioideo e retalho de platisma.



Fonte: Autores (2024).

DISCUSSÃO

O carcinoma adenoide cístico é uma das lesões malignas mais comuns em glândulas salivares, sendo que 40% a 45% ocorrem em glândulas salivares menores com predileção do palato (Ustundang *et al.*, 2000). Clinicamente, o CAC é caracterizado por uma massa de crescimento lento e indolor, com propensão a invadir nervos periféricos, apresentando alta taxa de recorrência, com metástase em outros órgãos (Ortiz; Barrios, 2006). No artigo em questão, a neoplasia ocorre em glândulas salivares da mucosa jugal, sítio não tão comum e a paciente percebeu a neoplasia já em um tamanho considerável, sendo o local sensível ao toque.

Segundo o estudo retrospectivo de 5 anos, realizado por Gamboa-Hoil, Silva-Godínez e Abrego-Vázquez (2020), e outro de correlações radiológicas e patológicas de Uraizee, Cipriani e Ginat (2017) sobre o CAC, ao analisar a variável sexo, há uma ligeira prevalência em mulheres que em homens (Gamboa-Hoil; Silva-Godínez; Abrego-Vázquez, 2020; Huang *et al.*, 2021; Uraizee; Cipriani; Ginat, 2017). Com relação à faixa etária, observou-se que os indivíduos com idades entre 50-69 anos representaram a maioria dos pacientes (Gamboa-Hoil; Silva-Godínez; Abrego-vázquez, 2020; Uraizee; Cipriani; Ginat, 2017; Yaga *et al.*, 2016). Enquanto, o tabagismo e etilismo não demonstraram ser predisponentes para esse tipo de câncer (Gamboa-Hoil; Silva-Godínez; Abrego-Vázquez, 2020). Os estudos corroboram com o presente estudo, pois a paciente pertence ao gênero feminino, há época da descoberta do câncer, possuía 52 anos e relatou não ter hábito de fumar ou ingerir bebidas alcólicas.

O CAC possui três padrões histológicos: tubular, cribiforme e sólido. Esses padrões refletem um maior (tubular) ou menor (sólido) grau de diferenciação tumoral. Casos de CAC com padrão sólido são mais agressivos que os outros (Moles; Avila; Archilla, 1999). Na histologia do caso apresentado, observou-se uma associação entre os padrões cribiforme e tubular. Para além dessas alterações, na microscopia foi detectada proliferação de células de pequeno a médio tamanho com núcleo minimamente hiper cromático (pálido), vesiculoso e organização em fila indiana, assemelhando-se ao ACP, neoplasia de comportamento diferente e com curso menos agressivo que o CAC, fato esse que exigiu a imuno-histoquímica para detectar anticorpos específicos e evitar tratamentos errôneos.

Como é um tumor localmente agressivo, a cirurgia é o pilar do tratamento. Há uma tendência ao envolvimento nervoso. Metástases tardias são uma característica, com metástases pulmonares se desenvolvendo até 10 anos após o tratamento primário (Batsakis; Luna; El-Naggar, 1990; Bhayani *et al.*, 2011; Sung *et al.*, 2003). Vários fatores clinicopatológicos estão associados a um prognóstico ruim, incluindo idade avançada, local, metástases ganglionares, margens próximas ou positivas, local do tumor, estágio patológico avançado do tumor e do linfonodo, grau histológico, disseminação extracapsular, invasão óssea, invasão muscular e metástases à distância (Amit *et al.*, 2013; Amit *et al.*, 2014; Michel *et al.*, 2013; Van Weert *et al.*, 2013). Devido ao fato de a paciente apresentar infiltração perineural e margens cirúrgicas comprometidas, optou-se pela realização de exérese da lesão, esvaziamento cervical, uso de quimioterapia adjuvante combinada com radioterapia localizada em leito de mucosa jugal direita.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Carcinoma Adenoide Cístico é uma neoplasia maligna de comportamento agressivo que tem potencial alto de recorrência. É necessário que o cirurgião-dentista apresente conhecimento técnico e acurácia para, ao receber pacientes com esse tipo de lesão, lance mão dos corretos exames complementares, por exemplo, TCFL, biópsia incisional e imunohistoquímica, contribuindo para o tratamento mais assertivo para o caso sendo, histopatologicamente, muito semelhante ao Adenocarcinoma Polimorfo, lesão que demanda uma conduta radicalmente diferente. A terapia combinada associando remoção cirúrgica, seguida de quimioterapia adjuvante a radioterapia complementar tem sido muito eficaz atualmente para o tratamento. Entretanto, mais estudos são necessários para avaliar a terapêutica dessa patologia.

REFERÊNCIAS

ALLEYNE, Cargill H.; BAKAY, Roy A.e.; COSTIGAN, Donal; THOMAS, Bill; JOSEPH, Greg J. Intracranial adenoid cystic carcinoma: case report and review of the literature. **Surgical Neurology**, v. 45, n. 3, p. 265-270, mar. 1996. [http://dx.doi.org/10.1016/0090-3019\(95\)00235-9](http://dx.doi.org/10.1016/0090-3019(95)00235-9).



ALVES, Adriana Terezinha N. N.; SOARES, Flávia Dantas; SILVA JUNIOR, Arley; MEDEIROS, Ney; MILAGRES, Adrianna. Carcinoma adenóide cístico: revisão da literatura e relato de caso clínico. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 40, n. 6, dez. 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/s1676-24442004000600010>.

AMIT, Moran; BINENBAUM, Yoav; SHARMA, Kanika; NAOMI, Ramer; ILANA, Ramer; ABIB, Agbetoba; MILES, Brett; YANG, Xinjie; LEI, Delin; KRISTINE, Bjoerndal. Adenoid Cystic Carcinoma of the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses: a meta-analysis. **Journal Of Neurological Surgery Part B**, v. 74, n. 03, p. 118-125, 15 maio 2013. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1347358>.

AMIT, Moran; BINENBAUM, Yoav; SHARMA, Kanika; RAMER, Naomi; RAMER, Ilana; AGBETOBA, Abib; MILES, Brett; YANG, Xinjie; LEI, Delin; BJØERNDAL, Kristine. Analysis of failure in patients with adenoid cystic carcinoma of the head and neck. An international collaborative study. **Head & Neck**, v. 36, n. 7, p. 998-1004, 26 out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1002/hed.23405>.

BATSAKIS, John G.; LUNA, Mario A.; EL-NAGGAR, Adel. Histopathologic Grading of Salivary Gland Neoplasms: iii. adenoid cystic carcinomas. **Annals Of Otolaryngology & Laryngology**, v. 99, n. 12, p. 1007-1009, dez. 1990. <http://dx.doi.org/10.1177/000348949009901215>.

BHAYANI, Mihir K.; YENER, Murat; EL-NAGGAR, Adel; GARDEN, Adam; HANNA, Ehab Y.; WEBER, Randal S.; KUPFERMAN, Michael E.. Prognosis and risk factors for early-stage adenoid cystic carcinoma of the major salivary glands. **Cancer**, v. 118, n. 11, p. 2872-2878, 21 out. 2011. <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.26549>.

BISHOP, J.A.; THOMPSON, L.D.R.; WAKELY, P.E., Jr.; WEINREB, I. **Atlases of tumor and non-tumor pathology**. In *Tumors of the Salivary Glands*; 5th Series Fascicle 5; American Registry of Pathology: Arlington, VA, USA, 2021.

CANTÙ, Giulio. Adenoid cystic carcinoma. An indolent but aggressive tumour. Part A: from aetiopathogenesis to diagnosis. **Acta Otorhinolaryngologica Italica**, v. 41, n. 3, p. 206-214, jun. 2021. <http://dx.doi.org/10.14639/0392-100x-n1379>.

DANTAS, Afonso Nóbrega; MORAIS, Everton Freitas de; MACEDO, Rômulo Augusto de Paiva; TINÔCO, João Maria de Lima; MORAIS, Maria de Lourdes Silva de Arruda. Clinicopathological characteristics and perineural invasion in adenoid cystic carcinoma: a systematic review. **Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology**, v. 81, n. 3, p. 329-335, maio 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.07.016>.

GAMBOA-HOIL, Sergio I.; SILVA-GODÍNEZ, Juan C.; ABREGO-VÁZQUEZ, José A. Carcinoma adenoide quístico de cabeza y cuello. Un estudio retrospectivo de 5 años. Experiencia en un centro de referencia de tercer nivel. **Cirugía y Cirujanos**, v. 88, jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.24875/ciru.19000919>.

GIÃO, Marta; LAMEIRAS, Ana Rita; LOPES, Pedro; FINO, Rui; MONTALVÃO, Pedro;



MAGALHÃES, Miguel. Carcinoma Adenoide Quístico das fossas nasais e seios perinasais – Revisão retrospectiva de 20 anos. **Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 14, n. 1, p. 1-1, 2018. <http://dx.doi.org/10.34631/SPORL.689>.

HUANG, Zheng; PAN, Juan; CHEN, Jiaorong; WU, Shidi; WU, Ting; YE, Haihua; ZHANG, Hongfeng; NIE, Xiu; HUANG, Changzheng. Multicentre clinicopathological study of adenoid cystic carcinoma: a report of 296 cases. **Cancer Medicine**, v. 10, n. 3, p. 1120-1127, 2021. <http://dx.doi.org/10.1002/cam4.3707>.

LI, Wen; ZHANG, Qian; WANG, Xiaobin; WANG, Hanlin; ZUO, Wenxin; XIE, Hongliang; TANG, Jianming; WANG, Mengmeng; ZENG, Zhipeng; CAI, Wanxia. Comparative Proteomic Analysis to Investigate the Pathogenesis of Oral Adenoid Cystic Carcinoma. **Acs Omega**, v. 6, n. 29, p. 18623-18634, 16 jul. 2021. <http://dx.doi.org/10.1021/acsomega.1c01270>.

MALHOTRA, Kiran Preet; AGRAWAL, Vinita; PANDEY, Rakesh. High Grade Transformation in Adenoid Cystic Carcinoma of the Parotid: report of a case with cytologic, histologic and immunohistochemical study. **Head And Neck Pathology**, v. 3, n. 4, 20 jun. 2009. <http://dx.doi.org/10.1007/s12105-009-0122-5>.

MICHEL, G.; JOUBERT, M.; DELEMAZURE, A.s.; ESPITALIER, F.; DURAND, N.; MALARD, O. Adenoid cystic carcinoma of the paranasal sinuses: retrospective series and review of the literature. **European Annals Of Otorhinolaryngology, Head And Neck Diseases**, v. 130, n. 5, p. 257-262, nov. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2012.09.010>.

MOLES, Miguel Angel González; AVILA, Isabel Ruiz; ARCHILLA, Alberto Rodriguez. Dedifferentiation occurring in adenoid cystic carcinoma of the tongue. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, And Endodontology**, ago. 1999. [http://dx.doi.org/10.1016/s1079-2104\(99\)70114-9](http://dx.doi.org/10.1016/s1079-2104(99)70114-9).

NEVILLE, Brad W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 4. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016, 912 p.

OLIVEIRA, Flávia Aparecida de; DUARTE, Eliza Carla Barroso; TAVEIRA, Cláudia Teixeira; MÁXIMO, Aline Abreu; AQUINO, Érica Carvalho de; ALENCAR, Rita de Cássia; VENCIO, Eneida Franco. Salivary Gland Tumor: a review of 599 cases in a brazilian population. **Head And Neck Pathology**, v. 3, n. 4, p. 271-275, 16 set. 2009. <http://dx.doi.org/10.1007/s12105-009-0139-9>.

ORTIZ, Carrasco D; BARRIOS, Aldape B. Adenoid cystic carcinoma of the dorsum of the tongue: presentation of a case. **Medicina oral, patologia oral y cirugia buccal**, 11(5), E417–E420, 2006.

SANTOS, Thiago de Santana; MELO, Daniela Guimarães de; GOMES, Ana Cláudia Amorim; ANDRADE, Emanuel Sávio de Souza; SILVA, Emanuel Dias de Oliveira e. Carcinoma adenoide cístico mandibular. **Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology**, v.



77, n. 6, p. 807-807, dez. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/s1808-86942011000600021>.

SKALOVA, A.; HYRCZA, M.D.; MEHROTRA, R.; INAGAKI, H.; FAQUIN, W.C.; STENMAN, G.; URANO, M. Adenoid Cystic Carcinoma. In *WHO Classification of Tumours; Head and Neck Tumours; WHO Classification of Tumours Editorial Board*, Ed.; IARC: Lyon, France, 2022.

SOARES ECS, CARREIRO FILHO FP, COSTA FWG, VIEIRA ACM, ALVES APN. Adenoid cystic carcinoma of the tongue: Case report and literature review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008 Aug 1;13(8):E475-8.

SUÁREZ, Carlos; BARNES, Leon; SILVER, Carl E.; RODRIGO, Juan P.; SHAH, Jatin P.; TRIANTAFYLLOU, Asterios; RINALDO, Alessandra; CARDESA, Antonio; PITMAN, Karen T.; KOWALSKI, Luiz P.. Cervical lymph node metastasis in adenoid cystic carcinoma of oral cavity and oropharynx: a collective international review. *Auris Nasus Larynx*, v. 43, n. 5, p. 477-484, 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anl.2016.02.013>.

SUNG, Myung-Whun; KIM, Kwang Hyun; KIM, Jeong-Whun; MIN, Yang-Gi; SEONG, Weon-Jin; ROH, Jong-Lyel; LEE, Sang Joon; KWON, Tack-Kyun; PARK, Seok Woo. Clinicopathologic Predictors and Impact of Distant Metastasis From Adenoid Cystic Carcinoma of the Head and Neck. *Archives Of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, v. 129, n. 11, p. 1193, 1 nov. 2003. <http://dx.doi.org/10.1001/archotol.129.11.1193>.

SZANTO, Philip A.; LUNA, Mario A.; TORTOLEDO, M. Eugenia; WHITE, Robert A.. Histologic grading of adenoid cystic carcinoma of the salivary glands. *Cancer*, v. 54, n. 6, p. 1062-1069, 15 set. 1984. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142\(19840915\)54:63.0.co;2-e](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142(19840915)54:63.0.co;2-e).

URAZEE, Imran; CIPRIANI, Nicole A.; GINAT, Daniel T.. Adenoid Cystic Carcinoma of the Oral Cavity: radiology-pathology correlation. *Head And Neck Pathology*, v. 12, n. 4, p. 562-566, 6 set. 2017. <http://dx.doi.org/10.1007/s12105-017-0849-3>.

ÜSTÜNDAĞ, Emre; ISERI, Mete; AYDIN, O'ner; DAL, Hülya; ALMAÇ, Ahmet; PAKSOY, Nadir. Adenoid cystic carcinoma of the tongue. *The Journal Of Laryngology & Otology*, v. 114, n. 6, p. 477-480, jun. 2000. <http://dx.doi.org/10.1258/0022215001905922>.

VAN WEERT, Stijn; BLOEMENA, Elisabeth; WAAL, Isaac van Der; BREE, Remco de; RIETVELD, Derek H.F.; KUIK, Joop D.; LEEMANS, C. René. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck: a single-center analysis of 105 consecutive cases over a 30-year period. *Oral Oncology*, v. 49, n. 8, p. 824-829, ago. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2013.05.004>.

WARD, Bryan K; SEETHALA, Raja R; BARNES, E Leon; LAI, Stephen y. Basal cell adenocarcinoma of a hard palate minor salivary gland: case report and review of the literature. *Head & Neck Oncology*, v. 1, n. 1, p. 110, 01 dez. 2009. <http://dx.doi.org/10.1186/1758-3284-1-41>.

YAGA, Uday Shankar; GOLLAMUDI, Nishanth; MENGJI, Ashwini Kumar; MENGJI, Ashwini



Kumar; BESTA, Radhika; PANTA, Prashanth; PRAKASH, Bhanu; RAJASHEKAR, Edunuri; GOLLAMUDI, Nishanth. Adenoid cystic carcinoma of the palate: case report and review of literature. **Pan African Medical Journal**, 2016. <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2016.24.106.8596>.