doi.org/10.51891/rease.v12i11.31995

CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO: UM RELATO DE CASO

ADENOID CYSTIC CARCINOMA: A CASE REPORT

Alyne Carvalho de Sousa Mello[1]
Yara Amanda Aguiar Fernandes[2]
Augusto César Leal da Silva Leonel[3]

RESUMO: O carcinoma adenoide cístico (CAC) é uma neoplasia maligna de origem glandular pouco frequente, marcada por crescimento infiltrativo, acentuada propensão à invasão perineural e tendência à disseminação hematogênica tardia, sobretudo para os pulmões. Em razão de seu comportamento biológico peculiar, o tumor pode permanecer indolente por longos períodos, o que dificulta o diagnóstico precoce e impõe seguimento clínico prolongado. O presente trabalho descreve a evolução de um paciente do sexo masculino, com 23 anos à época do diagnóstico, que apresentou lesão expansiva em hemimaxila direita, inicialmente confundida com afecção odontogênica. A propedêutica complementar, composta por tomografia computadorizada, ressonância magnética e estudo histopatológico, confirmou tratar-se de CAC com extenso comprometimento ósseo e invasão de estruturas adjacentes. A conduta terapêutica incluiu maxilectomia total e radioterapia adjuvante. Após cerca de três anos de estabilidade clínica, identificou-se nódulo pulmonar único, compatível com metástase à distância, tratado exclusivamente por radioterapia. Atualmente, o paciente encontra-se assintomático, sob acompanhamento multiprofissional e relata boa qualidade de vida. Este relato evidencia a importância da suspeição clínica diante de lesões maxilares de evolução atípica em pacientes jovens, bem como reforça a necessidade de vigilância prolongada e abordagem interdisciplinar para pacientes acometidos por neoplasias de glândula salivar.

Palavras-chave: Carcinoma adenoide cístico. Neoplasias de glândulas salivares. Maxila. Metástase neoplásica. Patologia bucal.

ABSTRACT: Adenoid cystic carcinoma (ACC) is an uncommon malignant glandular neoplasm characterized by infiltrative growth, marked perineural invasion and a tendency toward late hematogenous dissemination, particularly to the lungs. Because of its peculiar biological behavior, the tumor may remain indolent for long periods, which hinders early diagnosis and demands prolonged clinical follow-up. This paper describes the clinical course of a male patient, 23 years old at the time of diagnosis, who presented an expansive lesion in the right hemimaxilla, initially mistaken for an odontogenic condition. Complementary investigation, including computed tomography, magnetic resonance imaging and histopathological analysis, confirmed ACC with extensive bone involvement and invasion of adjacent structures. Therapeutic management included total maxillectomy and adjuvant radiotherapy. After approximately three years of clinical stability, a single pulmonary nodule consistent with distant metastasis was identified and treated exclusively with radiotherapy. The patient is currently asymptomatic, under multiprofessional follow-up and reports good quality of life. This report highlights the importance of clinical suspicion when facing maxillary lesions with atypical evolution in young patients, and reinforces the need for long-term surveillance and an interdisciplinary approach for patients affected by salivary gland neoplasms.

[1] Acadêmica de Odontologia. Faculdade Uninassau Brasília.
[2] Acadêmica de Odontologia. Faculdade Uninassau Brasília.
[3] Orientador. Cirurgião-Dentista. Especialista em Estomatologia. Mestre e Doutor em Odontologia. Professor da Faculdade Uninassau Brasília.

Keywords: Adenoid cystic carcinoma. Salivary gland neoplasms. Maxilla. Neoplasm metastasis. Oral pathology.

1 INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas de glândulas salivares constituem um grupo heterogêneo de lesões pouco frequentes no complexo bucomaxilofacial, representando aproximadamente 3% a 6% dos tumores de cabeça e pescoço (LAVAREZE et al., 2025). Entre essas entidades, o carcinoma adenoide cístico (CAC) desperta especial interesse pela sua agressividade biológica, padrão histopatológico característico e comportamento clínico imprevisível, com possibilidade de recidivas e metástases mesmo após décadas do tratamento inicial (SILVA et al., 2023; STAWARZ et al., 2025).

Descrito originalmente em 1859 por Theodor Billroth (JABER et al., 2024), o CAC recebeu posteriormente a denominação atualmente aceita pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Trata-se de tumor epitelial composto por células ductais e mioepiteliais, organizadas em três padrões histológicos clássicos (tubular, cribriforme e sólido) que podem estar presentes em proporções variáveis na mesma lesão (JIA et al., 2024). O padrão sólido é classicamente associado a pior prognóstico, sendo considerado fator independente de risco para recidiva e metástase à distância (LAVAREZE et al., 2025).

Embora possa acometer qualquer glândula salivar, o CAC predomina nas glândulas salivares menores, com destaque para o palato. Na maxila, sua manifestação como lesão central intraóssea é incomum, o que torna o diagnóstico ainda mais desafiador, sobretudo em pacientes jovens, nos quais o quadro clínico inicial frequentemente mimetiza lesões odontogênicas benignas. A invasão perineural, presente em até 80% dos casos, é responsável por sintomas como parestesia e dor, além de constituir importante fator preditor de recidiva local (SCARPA et al., 2024).

A propensão à metástase hematogênica tardia, particularmente pulmonar, é uma das características mais marcantes do CAC. Estudos recentes indicam que metástases podem ser detectadas, em média, 34,8 meses após o tratamento primário (LAVAREZE et al., 2025), manifestando-se, em parte dos casos, de dez a quinze anos depois do tratamento curativo (LEE et al., 2022), com sobrevida prolongada em muitos pacientes com doença metastática (HOFF et al., 2025). Esse comportamento singular justifica o seguimento clínico e radiológico estendido, idealmente realizado por equipe multidisciplinar.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Considerando a raridade da apresentação intraóssea maxilar em pacientes jovens, somada à dificuldade diagnóstica inicial e à evolução clínica tardia com metástase pulmonar isolada, o presente trabalho tem como objetivo relatar a evolução clínica ao longo de seis anos de um paciente acometido por carcinoma adenoide cístico intraósseo em maxila, com ênfase na correlação anatomoclínica e no manejo terapêutico a longo prazo.

2.2 Objetivos específicos

• Descrever os achados clínicos, imaginológicos e histopatológicos que fundamentaram o diagnóstico do carcinoma adenoide cístico intraósseo maxilar;

• Detalhar a abordagem terapêutica cirúrgica e adjuvante adotada no caso;

• Mapear o acompanhamento longitudinal de seis anos, identificando o padrão de progressão tumoral e o surgimento da metástase pulmonar isolada;

• Discutir a relevância do diagnóstico precoce, da conduta multiprofissional e do acompanhamento oncológico contínuo para o prognóstico do paciente.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho possui natureza descritiva em formato de relato de caso, com abordagem qualitativa, desenvolvido a partir da análise retrospectiva de um caso de CAC em maxila. O estudo foi realizado por meio da coleta, avaliação e interpretação de informações clínicas obtidas durante o acompanhamento longitudinal de seis anos do paciente.

A coleta de dados compreendeu a revisão detalhada da história da doença, aplicação de questionário direcionado, realização de anamnese, exame clínico e análise dos exames complementares pertinentes ao caso. O questionário e a anamnese tiveram como objetivo registrar o histórico médico e odontológico, os sinais e sintomas iniciais, o tempo de evolução da lesão, os antecedentes pessoais e familiares, bem como as condutas diagnósticas e terapêuticas adotadas.

Os exames complementares foram analisados de forma descritiva, incluindo exames de imagem (tomografias/radiografias), exames histopatológicos e demais documentos clínicos disponíveis, correlacionando-se os achados clínicos, imaginológicos e anatomopatológicos

observados com as características descritas na literatura científica acerca do carcinoma adenoide cístico.

Paralelamente, foi realizado um levantamento bibliográfico do tipo narrativo com a finalidade de fundamentar teoricamente o estudo e apoiar a discussão dos resultados. A busca bibliográfica foi conduzida nas bases de dados *PubMed*, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para a estratégia de busca, foram utilizados descritores previamente consultados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH), incluindo os termos: "Carcinoma Adenoide Cístico", "Maxila", "Neoplasias Bucais", "*Adenoid Cystic Carcinoma*", "*Maxilla*", "*Oral Neoplasms*" e "*Case Report*", combinados por meio dos operadores booleanos *AND* e *OR*.

Foram incluídos artigos científicos publicados no período de 2021 a 2026, disponíveis na íntegra, que abordavam aspectos relacionados ao carcinoma adenoide cístico, manifestações clínicas, diagnóstico, exames complementares, tratamento e prognóstico da doença. Foram excluídos artigos duplicados, trabalhos incompletos, cartas ao editor, resumos de eventos, teses e estudos que não apresentavam relação direta com a temática proposta.

Os dados obtidos por meio do prontuário e da revisão bibliográfica foram organizados e analisados de maneira descritiva e comparativa, confrontando-se as evidências observadas no caso clínico com a literatura científica consultada.

3.1 Aspectos éticos

O estudo seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando o uso de suas informações clínicas e imagens para fins acadêmicos e científicos, garantindo-se o sigilo e o anonimato da sua identidade.

4 RESULTADOS

4.1 Anamnese e queixa principal

Paciente do sexo masculino, com 23 anos de idade à época do diagnóstico, leucoderma, profissional de educação física, natural e procedente de Brasília (DF). Relatou ausência de comorbidades sistêmicas, não fazia uso de medicação contínua e negou histórico familiar de

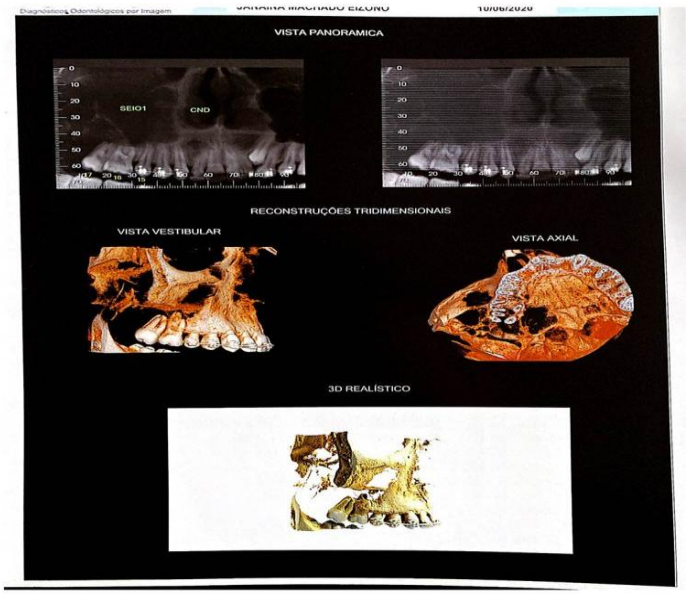
neoplasias. Procurou atendimento odontológico no final de 2019 referindo desconforto e dor na região posterior superior direita, percebidos após a remoção de um separador ortodôntico durante tratamento corretivo em curso. Descreveu a sensação como a de um dente "solto, como se fosse um dente decíduo", acompanhada de progressiva dificuldade mastigatória.

Apesar da procura inicial por avaliação odontológica, o quadro foi inicialmente interpretado como complicação ortodôntica de menor relevância. Entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a confirmação do diagnóstico definitivo decorreram aproximadamente seis meses, período no qual a lesão demonstrou evolução clínica rápida, sintomatologia dolorosa persistente e progressivo comprometimento funcional.

4.2 Exames de imagem

Em junho de 2020 foi realizada tomografia computadorizada de feixe cônico complementada por reconstruções tridimensionais. O exame evidenciou imagem hipodensa difusa, de limites imprecisos, envolvendo as regiões dos dentes 15, 16, 17 e 18 (este último ausente), com extensão para seio maxilar e cavidade nasal direitos, assoalho da órbita e células etmoidais. Foram identificados sinais de reabsorção dentária externa, rompimento e abaulamento das corticais ósseas do rebordo alveolar, septo nasal e parede medial do seio maxilar direito. A hipótese diagnóstica radiológica inicial contemplou queratocisto odontogênico, ameloblastoma e outras neoplasias a esclarecer, conforme demonstra a Figura 1.

Figura 1 – Tomografia computadorizada de feixe cônico inicial: vista panorâmica e reconstruções tridimensionais



Fonte: Acervo clínico do paciente (2020).

Posteriormente, novo exame de tomografia de face, realizado em 24 de junho de 2020 com administração de meio de contraste iodado não iônico, confirmou volumosa lesão expansiva centrada no seio maxilar direito, medindo 5,0 × 5,4 × 5,4 cm, com extensão para cavidade nasal direita, fossa pterigopalatina, espaço mastigador, trabeculado etmoidal e cavidade orbitária extracônica inferior. A tomografia de pescoço, realizada em 17 de julho de 2020, descreveu a lesão como sólida com áreas hipodensas sugestivas de necrose central, com realce heterogêneo pelo contraste e dimensões aumentadas em relação ao exame anterior (6,6 × 3,8 × 5,2 cm), invadindo medialmente a cavidade nasal, o seio etmoide ipsilateral, a cavidade oral, o espaço bucal e o seio esfenoidal direito. Não foram observadas linfonodomegalias cervicais ao método.

Para o planejamento cirúrgico, foi solicitada ressonância magnética de crânio, executada em 11 de agosto de 2020. A análise revelou grande lesão expansiva, heterogênea, sólido-cística e multiloculada, com intenso realce ao contraste paramagnético em sua porção sólida, centrada no seio maxilar direito e medindo 7,2 × 4,8 × 5,2 cm. Foram descritas deiscência e compressão do assoalho da órbita direita, exoftalmia, obstrução do recesso frontoetmoidal, infiltração dos processos alveolares maxilares posteriores (do elemento 14 ao 17), espessamento do palato mole adjacente, alargamento da porção inferoanterior do canal infraorbitário e compressão extrínseca da musculatura pterigóidea lateral. Não foram identificados sinais de disseminação perineural para a base do crânio nem alterações encefálicas.

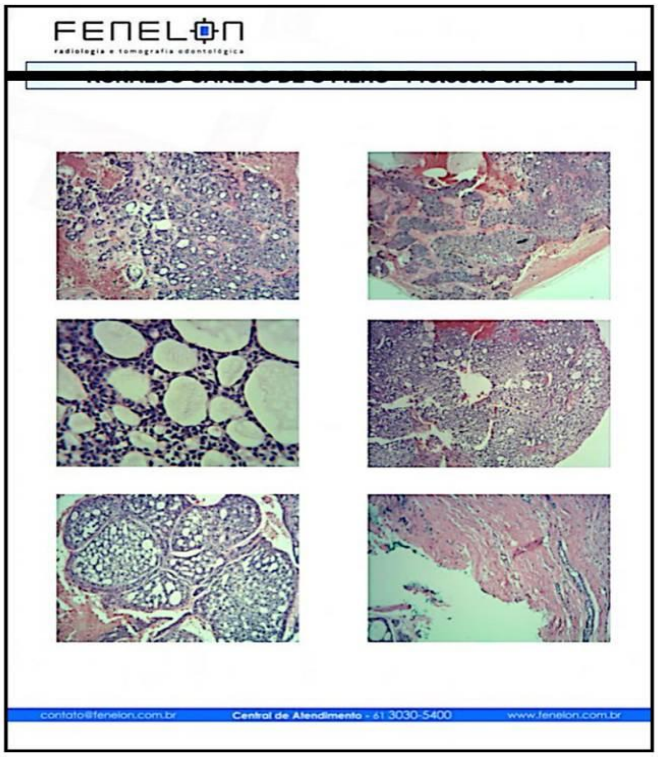
4.3 Estudo histopatológico

Em 29 de junho de 2020 foi realizada biópsia incisional, sob hipóteses clínicas iniciais de ameloblastoma e lesão central de células gigantes. O material remetido para análise consistiu em fragmentos irregulares de tecido mole, pardo-elásticos, oriundos das regiões do palato e do rebordo alveolar, processados pela técnica de inclusão em parafina e coloração pela hematoxilina-eosina.

A microscopia evidenciou neoplasia epitelial composta por células com núcleos hipercromáticos, ovoides, nucléolos evidentes e citoplasma predominantemente claro. As células apresentavam-se arranjadas em padrões cribriforme e tubular, com formação de espaços microcísticos ocupados ora por material hialino, ora por conteúdo basofílico sugestivo de muco. Observou-se ainda estroma fibroso com abundante material extracelular hialino. Em fragmento do rebordo alveolar, identificou-se tecido conjuntivo sugestivo de cápsula fibrosa, porém com evidente invasão de células neoplásicas em cordões e ninhos, completando o quadro com

trabéculas ósseas e focos hemorrágicos. A conclusão laboratorial foi de neoplasia maligna de glândula salivar, favorecendo o diagnóstico de carcinoma adenoide cístico, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Aspectos microscópicos: padrão cribriforme e tubular típicos do CAC



Fonte: Laudo histopatológico nº O.79-20, Fenelon Radiologia e Patologia (2020).

4.4 Conduta terapêutica

Após confirmação diagnóstica e estadiamento clínico, o paciente foi encaminhado para equipe de cirurgia de cabeça e pescoço. Em 28 de outubro de 2020 realizou-se maxilectomia total à direita, com reconstrução em tempo cirúrgico único. A abordagem buscou margens livres de tumor, respeitando os limites anatômicos comprometidos pela infiltração neoplásica.

Como tratamento adjuvante, o paciente foi submetido a 33 sessões de radioterapia, iniciadas em 11 de janeiro de 2021 e concluídas em 24 de fevereiro de 2021. O regime visou ao controle de eventual doença residual microscópica, reduzindo o risco de recidiva locorregional. No pós-operatório, foram observadas sequelas funcionais compatíveis com a magnitude do procedimento, sobretudo dificuldades para mastigação e fala, sem registro de xerostomia significativa, dor crônica ou parestesia.

4.5 Acompanhamento e identificação de metástase

Entre 2021 e 2023, o paciente realizou consultas de acompanhamento a cada três meses, com avaliação clínica e exames complementares periódicos (tomografia, ressonância magnética e radiografia de tórax), demonstrando estabilidade da doença e ausência de recidiva local.

Em 2024, durante exame tomográfico de tórax de rotina, identificou-se nódulo pulmonar único, compatível com metástase à distância. O paciente apresentava tosse intermitente, considerada pela equipe assistencial como achado não relacionado à lesão pulmonar. Optou-se por tratamento radioterápico isolado, sem indicação de cirurgia, quimioterapia ou terapia-alvo no momento.

4.6 Situação clínica atual

Em 2026, seis anos após o diagnóstico inicial, o paciente encontra-se assintomático e clinicamente estável. Mantém acompanhamento semestral com as especialidades de cirurgia de cabeça e pescoço e odontologia, dispensando seguimento contínuo com a oncologia. Relata impacto estético decorrente da maxilectomia, sem prejuízo significativo em sua vida social ou profissional, atuando regularmente como profissional de educação física. Não foram observados sinais sugestivos de transtornos de ansiedade ou depressão, e o paciente atribui nota 8 (em escala de 0 a 10) à sua qualidade de vida atual.

5 DISCUSSÃO

A apresentação clínica do CAC em pacientes jovens permanece um desafio diagnóstico, sobretudo quando a lesão se manifesta como acometimento intraósseo maxilar. Embora classicamente descrito como tumor de incidência entre a quinta e a sexta décadas de vida, com média de idade próxima aos 52 anos, o caso ora apresentado contraria essa epidemiologia, ocorrendo em paciente com 23 anos de idade, sem fatores de risco identificáveis (LAVAREZE et al., 2025; SILVA et al., 2023). Tal cenário reforça a necessidade de manter o CAC entre os diagnósticos diferenciais de lesões expansivas de comportamento atípico, independentemente da faixa etária.

Outro aspecto relevante diz respeito ao tempo decorrido entre os primeiros sintomas e o diagnóstico definitivo. No caso em questão, o intervalo aproximou-se de seis meses, período em que o quadro foi interpretado como complicação ortodôntica. Zuzarte et al. (2024) ressaltam que o crescimento lento do CAC faz com que sua agressividade seja, muitas vezes, subestimada. A

confusão com afecções odontogênicas é comum, especialmente quando há associação temporal com procedimentos ortodônticos ou exodontias, como observado neste relato. A literatura recomenda que dor persistente, sensação anormal de mobilidade dentária e crescimento rápido de lesões no rebordo alveolar motivem investigação imediata por exames de imagem avançados e, quando indicado, biópsia incisional (STAWARZ et al., 2025).

Do ponto de vista imaginológico, os achados foram compatíveis com os descritos na literatura para CAC localmente avançado. A presença de lesão sólido-cística com áreas de realce heterogêneo, lise óssea extensa e invasão de estruturas adjacentes (cavidade nasal, fossa pterigopalatina, órbita e espaço mastigador) é caracteristicamente associada a doença localmente avançada. A ausência de linfonodomegalia cervical, observada neste paciente, está em consonância com o padrão de disseminação preferencialmente hematogênica do CAC, com baixa incidência de metástases linfáticas, conforme descrito em metanálise recente (LAVAREZE et al., 2025).

A análise histopatológica desempenhou papel determinante para o diagnóstico definitivo. Os padrões cribriforme e tubular identificados, com presença de material hialino extracelular e invasão tumoral em cordões e ninhos, são considerados achados clássicos do CAC e auxiliam na diferenciação com adenocarcinoma polimorfo, carcinoma epitelial-mioepitelial e neoplasias odontogênicas (JIA et al., 2024). Segundo Lee et al. (2022), o padrão sólido, embora não predominante neste caso, é o que se associa ao pior prognóstico, enquanto os padrões tubular e cribriforme tendem a apresentar evolução biológica menos desfavorável. Avanços recentes em caracterização molecular, especialmente a identificação do rearranjo gênico MYB-NFIB, têm fornecido subsídios adicionais para o entendimento do comportamento biológico do tumor e para o desenvolvimento de terapias-alvo (STAWARZ et al., 2025).

No que se refere ao tratamento, a literatura recomenda como conduta de primeira escolha a ressecção cirúrgica ampla, com margens livres, complementada por radioterapia adjuvante em casos de doença localmente avançada, margens comprometidas ou invasão perineural significativa (SCARPA et al., 2024; SILVA et al., 2023). A revisão sistemática de Scarpa et al. (2024) demonstrou que a radioterapia pós-operatória associada à cirurgia está relacionada a melhor controle locorregional quando comparada à cirurgia isolada, embora seu impacto na sobrevida global permaneça motivo de debate. A maxilectomia total realizada no paciente, seguida por 33 sessões de radioterapia adjuvante, alinha-se a essa diretriz e contribuiu para o controle locorregional no sítio primário da doença durante o seguimento. A quimioterapia, classicamente reservada para casos metastáticos sintomáticos ou refratários, não

foi indicada, em conformidade com a orientação de reservar a quimioterapia sistêmica aos casos sintomáticos, mantendo vigilância ativa nos casos indolentes e assintomáticos (LEE et al., 2022; POKHREL; CHIDHARLA; NEUPANE, 2022).

A identificação de nódulo pulmonar metastático aproximadamente três anos após o tratamento primário ilustra o comportamento clinicamente conhecido do CAC. Hoff et al. (2025), em coorte de 219 pacientes do MD Anderson Cancer Center, observaram que a terapia local direcionada à metástase pulmonar não melhorou a sobrevida global em pacientes não selecionados, embora aqueles com ressecção completa ou resposta completa à radioterapia tenham apresentado melhor sobrevida do que os com doença residual. Bölek et al. (2025) verificaram que pacientes com metástases pulmonares tiveram sobrevida global significativamente maior do que aqueles com metástases em outros sítios, o que reforça um prognóstico mais favorável. A opção por radioterapia como terapia adjuvante, mostrou-se adequada, considerando-se a relativa estabilidade clínica subsequente do paciente.

Por fim, é imprescindível ressaltar o impacto funcional e psicossocial decorrente do tratamento. A maxilectomia total acarreta alterações estéticas, mastigatórias e fonoarticulatórias, exigindo abordagem reabilitadora interdisciplinar com participação de cirurgia bucomaxilofacial, prótese maxilofacial, fonoaudiologia, nutrição e psicologia. A boa adaptação relatada pelo paciente, evidenciada pela manutenção da atividade profissional e pela autoavaliação positiva da qualidade de vida, demonstra que o acompanhamento multiprofissional contínuo é elemento central para o sucesso terapêutico em casos como este.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O carcinoma adenoide cístico de maxila constitui afecção rara, agressiva e de comportamento clínico desafiador, especialmente quando acomete pacientes jovens, fora da faixa etária habitualmente descrita. O presente relato evidenciou a importância da suspeição clínica diante de lesões intraósseas maxilares com evolução atípica, da utilização criteriosa de métodos de imagem complementares e da confirmação histopatológica como elementos indispensáveis para o diagnóstico definitivo.

A correlação entre achados clínicos, radiológicos e microscópicos foi determinante para a definição da conduta terapêutica, que envolveu maxilectomia total seguida de radioterapia adjuvante. A identificação tardia de metástase pulmonar única, após três anos de estabilidade locorregional, reforça a necessidade de seguimento prolongado e individualizado desses pacientes, idealmente conduzido por equipe multiprofissional.

Para o cirurgião-dentista generalista, o conhecimento sobre as manifestações iniciais do CAC e sobre as armadilhas diagnósticas que envolvem lesões maxilares de aspecto odontogênico é fundamental para o encaminhamento precoce e a melhor evolução do paciente. Espera-se que o presente relato contribua para a ampliação da casuística disponível na literatura odontológica brasileira e estimule novos estudos voltados à abordagem clínica e reabilitadora desses casos. Por se tratar de relato de caso único, os achados não permitem generalizações e devem ser interpretados à luz dessa limitação.

REFERÊNCIAS

BÖLEK, H. et al. Real-world treatment patterns and survival outcomes in metastatic head and neck adenoid cystic carcinoma. **BMC Cancer**, v. 25, n. 1, 2025. DOI: https://doi.org/10.1186/s12885-025-14884-5. Disponível em: https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-025-14884-5. Acesso em: 3 out. 2026.

HOFF, C. O. et al. Survival outcomes of pulmonary metastasis-directed local therapy in adenoid cystic carcinoma. **Cancer**, v. 131, n. 10, e35901, 2025. DOI: https://doi.org/10.1002/cncr.35901. Disponível em: https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.35901. Acesso em: 1 maio 2026.

JABER, M. A. et al. Adenoid cystic carcinoma of the minor salivary glands: a systematic review and meta-analysis of clinical characteristics and management strategies. **Journal of Clinical Medicine**, v. 13, n. 1, art. 267, 2024. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm13010267. Disponível em: https://www.mdpi.com/2077-0383/13/1/267. Acesso em: 3 out. 2026.

JIA, Y. et al. Adenoid cystic carcinoma: insights from molecular characterization and therapeutic advances. **MedComm**, v. 5, n. 9, e734, 2024. DOI: https://doi.org/10.1002/mco2.734. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11387731/. Acesso em: 2 abr. 2026.

LAVAREZE, L. et al. Survival outcomes in adenoid cystic carcinoma of the head and neck: a systematic review of 17 497 cases and meta-analysis. **Head & Neck**, v. 47, n. 5, p. 1541-1553, maio 2025. DOI: https://doi.org/10.1002/hed.28132. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.28132. Acesso em: 28 fev. 2026.

LEE, R. H. et al. Approaches to the management of metastatic adenoid cystic carcinoma. **Cancers**, v. 14, n. 22, art. 5698, 2022. DOI: https://doi.org/10.3390/cancers14225698. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9688467. Acesso em: 3 out. 2026.

POKHREL, B.; CHIDHARLA, A.; NEUPANE, P. Spontaneous regression of the pulmonary metastases in adenoid cystic carcinoma of the parotid gland: a case report. **Cureus**, v. 14, n. 10, e30783, 2022. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.30783. Acesso em: 3 out. 2026.

SCARPA, A. et al. Post-operative radiotherapy in adenoid cystic carcinoma of salivary glands versus surgery alone: what is the evidence about survival and local control? A systematic review and meta-analysis. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 281, n. 2, p. 563-

571, 2024. DOI: https://doi.org/10.1007/s00405-023-08252-x. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s00405-023-08252-x. Acesso em: 21 abr. 2026.

SILVA, F. J. da et al. Salivary glands adenoid cystic carcinoma: a molecular profile update and potential implications. **Frontiers in Oncology**, v. 13, art. 1191218, 2023. DOI: https://doi.org/10.3389/fonc.2023.1191218. Disponível em: https://www.frontiersin.org/journals/oncology/articles/10.3389/fonc.2023.1191218/full. Acesso em: 7 mar. 2026.

STAWARZ, K. et al. Current landscape and future directions of therapeutic approaches for adenoid cystic carcinoma of the salivary glands. **Oncology Letters**, v. 29, n. 3, art. 153, 2025. DOI: https://doi.org/10.3892/ol.2025.14899. Disponível em: https://spandidos-publications.com/10.3892/ol.2025.14899. Acesso em: 10 maio 2026.

ZUZARTE, A. L. S. et al. Carcinoma adenoide cístico: relato de caso. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 10, p. 4051-4063, 2024. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p4051-4063. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/4074. Acesso em: 3 out. 2026.