

**SBOC**

SOCIEDADE  
BRASILEIRA  
DE ONCOLOGIA  
CLÍNICA

DIRETRIZES DE  
TRATAMENTOS  
ONCOLÓGICOS

2026

TUMORES DE CABEÇA E PESCOÇO

# GLÂNDULAS SALIVARES: CARCINOMA

Colaboração



## Apresentação

Esta diretriz tem como objetivo apoiar as decisões clínicas no tratamento de carcinoma de glândula salivar. As diretrizes seguem níveis pré-definidos de evidência científica e força por trás de cada recomendação (Sistema Grade). Não são objetivos dessas diretrizes recomendações a respeito de considerações fisiopatológicas sobre as doenças. Cada opção terapêutica recomendada foi avaliada quanto à relevância clínica, mas também quanto ao impacto econômico. Assim, algumas alternativas podem ser recomendadas dentro de um cenário de restrição orçamentária no sistema público de saúde brasileiro.

### AUTORES

#### Coordenação

Comitê de Tumores de Cabeça e Pescoço SBOC

Dra. Aline Lauda Freitas Chaves  
Dr. Daniel Gonçalves Kischinhevsky  
Dr. Gilberto de Castro Junior  
Dra. Isabella Favato Barcelos  
Dra. Ligia Traldi Macedo  
Dra. Milena Mak  
Dr. William William Jr.

#### Colaboração

Grupo Brasileiro de Câncer de Cabeça e Pescoço (GBCP)

Diretrizes de tratamentos oncológicos da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica - SBOC | Capítulo "Glândulas salivares: carcinoma" DATA DE PUBLICAÇÃO 30/04/2026 PRESIDENTE Dra. Clarissa Baldotto PRESIDENTE ELEITO Dr. Fábio Franke PRESIDENTE DE HONRA Dra. Angélica Nogueira DIRETORIA Dr. André Sasse, Dra. Daniele Assad, Dra. Danielle Laperche, Dr. Helano Carioca, Dra. Marcela Crosara, Dr. Max Senna Mano, Dr. Rodrigo Guedes, Dr. Romualdo Barroso, Dr. William William CONSELHO FISCAL Dra. Aknar Calabrich, Dra. Ana Amélia Viana e Dr. José Aurílio Rocha ORGANIZAÇÃO E EDIÇÃO Rafael Luis Moura Lima do Carmo (DUO Consultoria e Design) PROJETO GRÁFICO Bruno de Jorge (DUO Consultoria e Design) CONTATO SBOC Av. Paulista, 2073, Horsa II, cj. 1003 - Conjunto Nacional - CEP: 01311-300 - São Paulo/SP TELEFONES (11) 3179.0090, (11) 3192.9284

## Lista de abreviaturas

---

AdCC	<i>Adenoid cystic carcinoma</i> (Carcinoma adenóide cístico)
AJCC	<i>American Joint Committee on Cancer</i>
BRAF	Gene proto-oncogene B-Raf
ECOG-PS	<i>Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status</i>
EEN	Extensão extranodal
FALC	Fosfatase alcalina
FISH	<i>Fluorescent in situ hybridization</i> (Hibridização <i>in situ</i> fluorescente)
FR	Força de recomendação
HER2	Receptor 2 do fator de crescimento epidérmico humano
IHQ	Imunohistoquímica
LFN	Linfonodo(s)
LHRH	<i>Luteinizing Hormone-Releasing Hormone</i> (Hormônio liberador de gonadotropina)
MSI-H	<i>Microsatellite instability high</i> (alta instabilidade de microssatélites)
NE	Nível de evidência
NGS	<i>Next generation sequencing</i> (sequenciamento de nova geração)
NTRK	Gene <i>Neurotrophic receptor tyrosine-kinase</i>
QT	Quimioterapia
RET	<i>Gene Rearranged During Transfection</i>
RM	Ressonância magnética
RT	Radioterapia
SG	Sobrevida global
SLP	Sobrevida livre de progressão
TC	Tomografia computadorizada
TKI	<i>Tyrosine kinase inhibitor</i> (inibidor de tirosina quinase)
TMB	<i>Tumor Mutational Burden</i> (carga mutacional tumoral)

# Introdução

Os tumores malignos das glândulas salivares se originam nas células das glândulas salivares maiores (parótidas, submandibulares e sublinguais) ou menores (presentes na mucosa dos tratores gastrointestinal e respiratório superiores).<sup>1</sup> Esses tumores são raros, representando de 0,2 a 7 casos por 100.000 indivíduos,<sup>2-5</sup> com potencial metastático.<sup>5-7</sup>

O comportamento clínico dos carcinomas de glândulas salivares depende fortemente do subtipo histológico, variando de formas indolentes – como os carcinomas adenoide cístico e de células acinares – até variantes altamente agressivas, como o carcinoma ductal salivar e os mucoepidermoides de alto grau.<sup>8</sup>

Em geral, tumores avançados e de alto grau apresentam pior prognóstico, o que exige abordagem individualizada e seguimento próximo. O tratamento é desafiador devido à morbidade das terapias locais e à limitada resposta sistêmica. Contudo, avanços recentes na caracterização molecular têm ampliado as possibilidades de terapias direcionadas e refinado a estratificação prognóstica.<sup>9</sup>

## Estadiamento

O estadiamento dos cânceres das glândula salivar tem implicação prognóstica importante,<sup>10</sup> e é dividido entre o estadiamento das glândulas salivares maiores e menores, pela classificação da AJCC 9ª edição.<sup>11</sup>

### Tumor primário

T	Descrição
Tx	Não avaliável
T0	Sem evidência de tumor primário
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
T1	Tumor ≤ 2 cm em sua maior dimensão sem extensão extraparenquimatosa*
T2	Tumor > 2 cm, mas não mais que 4 cm, em sua maior dimensão sem extensão extraparenquimatosa*
T3	Tumor > 4 cm e/ou tumor com extensão extraparenquimatosa* ou extensão para mucosa/superfície de tecido mole adjacente além do sítio de origem, sem invasão estrutural
T4	Doença moderadamente ou muito avançada
T4a	Tumor invade estruturas imediatamente adjacentes, incluindo: pele, cartilagem, parênquima de órgão sólido, esôfago, traqueia, nervo nomeado, osso**
T4b	Tumor invade além das estruturas adjacentes, incluindo: envolvimento circunferencial da artéria carótida, base do crânio (exceto nasofaringe), coluna vertebral, extensão intracraniana, ápice orbitário, espaço pré-vertebral, estruturas mediastinais, espaço mastigador.

\* Extensão extraparenquimatosa refere-se à evidência clínica ou macroscópica de invasão de partes moles. A evidência microscópica isolada não é suficiente.

\*\* Destruição de ossos sinusais intrínsecos não é considerada invasão óssea em tumores de base de crânio. Erosão cortical não é considerada invasão óssea; tumor de glândula salivar menor originado dentro do osso não é considerado invasão óssea. Não é considerada nas seguintes situações: destruição de ossos sinusais intrínsecos em tumores de base de crânio; erosão limitada a cortical óssea; tumor de glândula salivar menor originado dentro de estrutura óssea.

## Linfonodos

N	Definição
Nx	Não avaliável
N0	Sem metástase para LFN regionais
N1	Metástase em 1-3 LFN e EEN ausente
N2	Metástase em 1-3 LFN e EEN ausente

## Metástases

M	Definição
M0	Ausência de metástases à distância
cM1	Presença de metástases à distância (exame ou avaliação clínica)
pM1	Presença de metástases à distância (confirmação histopatológica)

## Agrupamento TNM

Estádio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
IIIA	T3-T4	N0	M0
	T1-T2	N1	M0
IIIB	T3-T4	N1-N2	M0
	T1-T2	N2	M0
IV	Qualquer	Qualquer	M1



## Exames para estadiamento

- TC ou RM de face e pescoço com contraste;
- TC de tórax (com ou sem contraste);
- Cintilografia óssea se sintomas ou elevação de fosfatase alcalina;
- RM crânio com contraste se sintomas.

### Diagnóstico histológico:

- Os carcinomas das glândulas salivares incluem os seguintes diagnósticos histológicos mais frequentes:

- Carcinoma mucoepidermoide;
- Carcinoma adenoide cístico;
- Adenocarcinoma;
- Carcinoma de células acinares;
- Outros tipos mais raros de neoplasias das glândulas salivares incluem: carcinoma secretor, carcinoma ex-adenoma pleomórfico, carcinoma de ductos salivar, carcinoma polimórfico de baixo grau e carcinoma mioepitelial.

## Tratamento

### Doença localizada

---

A ressecção cirúrgica, quando possível, é a principal abordagem terapêutica em tumores T1 a T4a, com foco na preservação do nervo facial quando livre de doença;

Tumores T1 ou T2 de histologia não-carcinoma adenoide cístico de baixo grau podem ser seguidos clinicamente após cirurgia sem indicação de tratamento adjuvante. Por outro lado, doenças de graus intermediário ou alto, e casos de carcinoma adenoide cístico devem ser avaliados para realização de RT adjuvante [NE MODERADO/FR FRACA](#) ;

Tumores T3 ou T4a, quando operáveis, têm sua abordagem diferenciada por sítio anatômico e presença de LFN cervicais clinicamente acometidos (N+). Esvaziamento linfonodal é recomendado para N+ ou pacientes com tumores das glândulas salivares maiores de alto grau e/ou T3-4 N0;<sup>12</sup>

A RT adjuvante é preferível, se características de pior prognóstico foram identificadas, como: graus intermediário ou alto, margens exíguas ou positivas, invasão neural ou perineural, metástases linfonodais, invasão linfática ou vascular, e tumores T3-4A. Em casos selecionados a QT concomitante (à base de platina) pode ser considerada [NE BAIXO/FR FRACA](#) . Discussão multidisciplinar é recomendada;

Caso a ressecção seja macroscopicamente incompleta, deve-se discutir com equipe multidisciplinar a possibilidade de nova cirurgia *versus* tratamento definitivo com RT ou quimiorradioterapia [NE MODERADO/FR FRACA](#) .

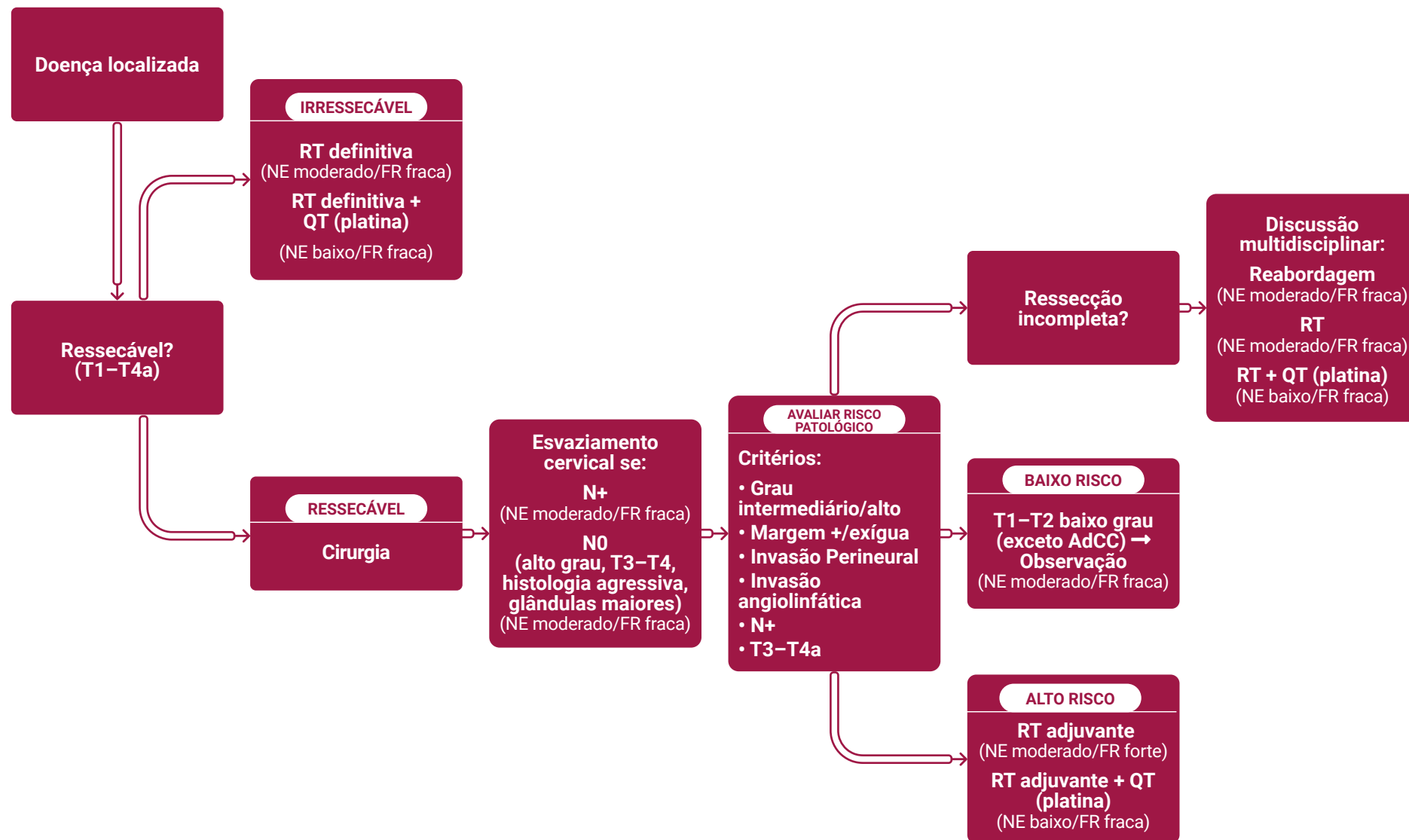
### Doença recorrente

---

**Para doença ressecável, após o resgate cirúrgico**, recomenda-se RT adjuvante ou quimiorradioterapia concomitante (baseada em platina) [NE MODERADO/FR FRACA](#) .

**Doença irressecável:** tratamento radical com RT exclusiva ou quimiorradioterapia concomitante em casos selecionados [NE MODERADO/FR FRACA](#) . Nos casos previamente irradiados, pode-se considerar reirradiação ou quimiorradioterapia concomitante.

## Fluxograma para tratamento da doença localizada



## Doença com metástases à distância

A escolha de tratamento deve ser feita levando-se em consideração o estado clínico do paciente e a histologia. Pacientes com doenças de padrão de evolução indolente podem inicialmente ser observados.

A abordagem cirúrgica das metástases ou RT estereotática pode ser considerada em pacientes com carcinoma adenoide cístico ou tumores de baixo grau com comportamento biológico indolente, que apresentem doença pulmonar oligometastática e intervalo livre de recorrência superior a 36 meses. Entretanto, essa estratégia permanece controversa e deve ser avaliada individualmente em contexto multidisciplinar [NE BAIXO/FR FRACA](#).<sup>13</sup>

Pacientes com o *ECOG-PS 2* ou superior devem ter discutidas e alinhadas as expectativas com o tratamento e cuidados paliativos exclusivos devem ser considerados.

Atualmente, não há consenso estabelecido sobre tratamento sistêmico, sendo sempre preferível o recrutamento desses pacientes em estudos clínicos.

Para pacientes com tumores não adenoide císticos, recomenda-se a investigação de alterações moleculares acionáveis [NE MODERADO/FR FORTE](#), preferencialmente por meio de NGS. Na indisponibilidade desse método, devem ser considerados testes alternativos, incluindo imuno-histoquímica para HER2, receptor de andrógeno e MSI, bem como pesquisa de fusões em *NTRK* e *RET*.

## Esquemas de tratamento sistêmico:

Esquema	Indicação/histologia	Observações
<b>Quimioterapia</b>		
Carboplatina + Paclitaxel <sup>14,15</sup>	Todas (exceto carcinoma adenoide cístico)	NE MODERADO/FR FRACA
Cisplatina + Vinorelbina <sup>16</sup>	Todas	NE MODERADO/FR FRACA
Cisplatina + Doxorrubicina + Ciclofosfamida <sup>17</sup>	Adenoide cístico	NE MODERADO/FR FRACA
Paclitaxel <sup>18</sup>	Todas (exceto carcinoma adenoide cístico)	NE MODERADO/FR FRACA
Carboplatina + Gencitabina <sup>19</sup>	Todas	NE MODERADO/FR FRACA
<b>Terapia alvo</b>		
Lenvatinibe* <sup>20</sup>	Adenoide cístico	NE MODERADO/FR FRACA
Axitinibe* <sup>21</sup>	Adenoide cístico	NE MODERADO/FR FRACA
Larotrectinibe <sup>22,23</sup>	Fusão <i>NTRK</i>	NE MODERADO/FR FRACA
Selpercatinibe <sup>24</sup>	Fusão <i>RET</i>	NE MODERADO/FR FRACA
Trastuzumabe-deruxtecana <sup>25</sup>	HER2+	NE MODERADO/FR FRACA
Trastuzumabe* ± Taxano <sup>26-28</sup>	HER2+	NE MODERADO/FR FRACA
Trastuzumabe* + Pertuzumabe* <sup>26-28</sup>	HER2+	NE MODERADO/FR FRACA
Trastuzumabe-entansina* <sup>29</sup>	HER2+	NE MODERADO/FR FRACA
Agonista LHRH ± Antiandrogênico* <sup>30</sup>	Receptor de andrógeno positivo	NE MODERADO/FR FRACA
Pembrolizumabe <sup>31</sup>	MSI-H ou TMB ≥10 mutações/Mb	NE MODERADO/FR FRACA
Dabrafenibe + Trametinibe <sup>32</sup>	Mutação <i>BRAF V600E</i>	NE MODERADO/FR FRACA

\*Não aprovado pela Anvisa nesta indicação

Para tumores HER2 positivos (IHQ 3+) que já tenham recebido tratamento sistêmico prévio, pode ser utilizado trastuzumabe deruxtecana.<sup>25</sup> Outras opções anti-HER2 podem também ser utilizadas, porém não estão aprovadas pela Anvisa (trastuzumabe-entansina, trastuzumabe + pertuzumabe ou trastuzumabe + taxano).<sup>26-28</sup> A expressão de HER2 em carcinomas de glândulas salivares varia conforme o subtipo histológico, sendo mais prevalente no carcinoma ductal salivar (43%) e no carcinoma ex adenoma pleomórfico (39%). Em outros subtipos, a positividade para HER2 é menos comum, como no carcinoma epidermoide (17%), adenocarcinoma não especificado (13%) e carcinoma mucoepidermoide (5,5%). Já no carcinoma adenoide cístico, a expressão de HER2 é rara, ocorrendo em apenas 0,15% dos casos.<sup>33</sup>

Para tumores com expressão de receptor de andrógeno (por IHQ), pode-se indicar agonista LHRH associado ou não a antiandrogênico bicalutamida ou abiraterona (não aprovada pela Anvisa) NE MODERADA/FR FRACA.<sup>30</sup> A expressão de receptor de andrógeno é mais frequente no carcinoma ductal de glândula salivar, com frequência reportada entre 69,4 e 94%.<sup>34,35</sup>

Para tumores com MSI-H ou TMB alto (maior ou igual a 10 mutações/Mb) pode-se indicar pembrolizumabe NE MODERADA/FR FRACA.<sup>31</sup> A expressão elevada de carga mutacional tumoral (TMB > 10 mutações/Mb) foi avaliada no carcinoma mucoepidermoide, ocorrendo em 16,9% dos casos e no carcinoma ductal de glândula salivar, em 14%.<sup>36,37</sup>

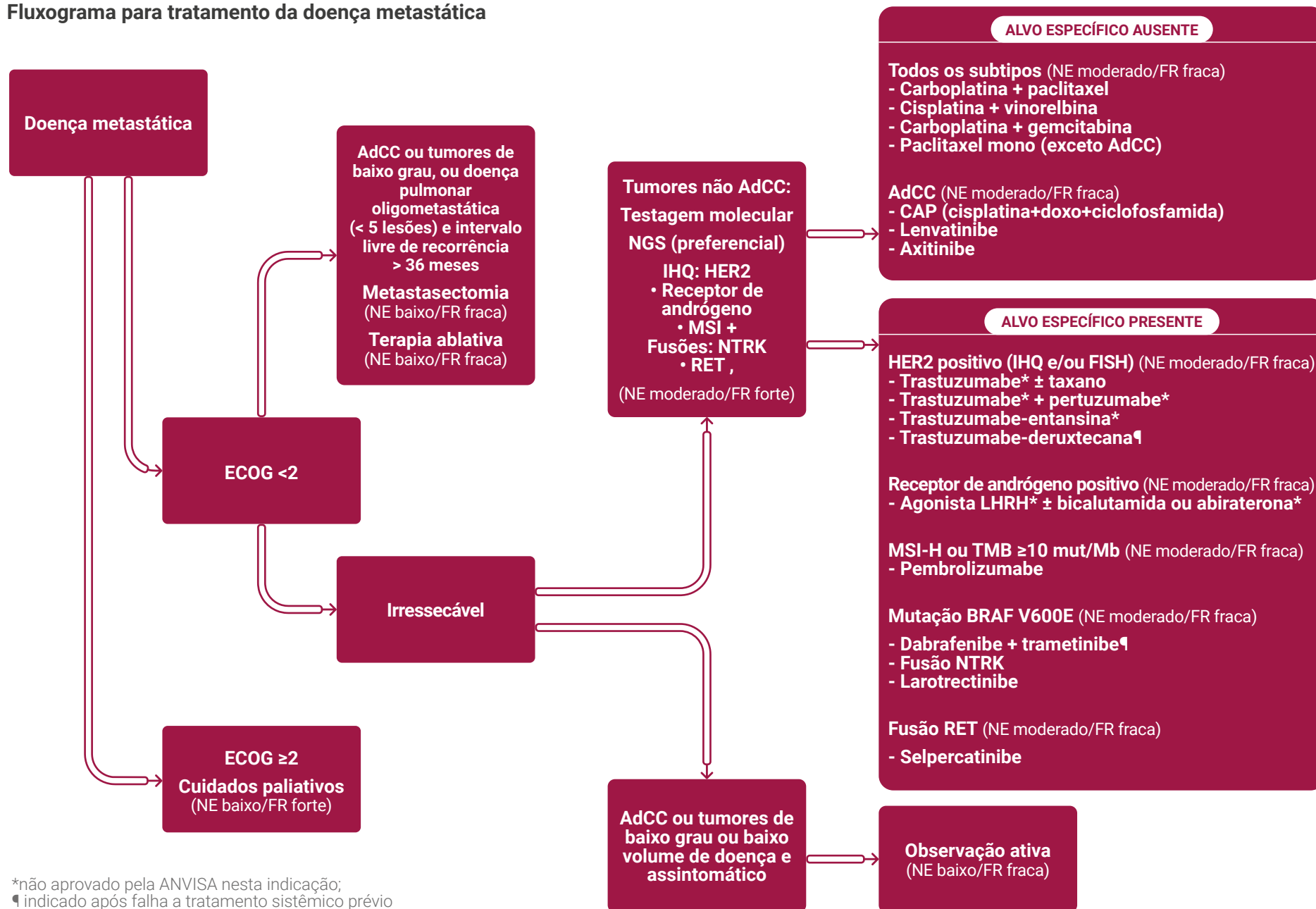
Pacientes com tumores com mutação de *BRAF V600E* pode-se indicar dabrafenibe associado a trametinibe NE MODERADA/FR FRACA.<sup>32</sup> A mutação *BRAF* é rara em tumores de glândulas salivares (~3-5%), sendo mais frequente em histologias de alto grau e observada principalmente em carcinomas mioepitelial e ductal salivar (~5%), mucoepidermoide e adenocarcinoma não especificado (~4%) e carcinoma acínico (~3%).<sup>38</sup>

Pacientes com tumores com fusão de *NTRK* pode-se indicar larotrectinibe NE MODERADA/FR FRACA.<sup>22,23</sup> A fusão *NTRK* ocorre em cerca de 2,6% dos carcinomas de glândulas salivares, mas é altamente prevalente (>90%) no carcinoma secretor.<sup>39</sup>

Pacientes com tumores com fusão de *RET* pode-se indicar selpercatinibe NE MODERADA/FR FRACA.<sup>24</sup> Rearranjos do gene *RET* são descritos principalmente em carcinomas intraductais de glândulas salivares, com expressão de até 47%, sobretudo nos subtipos de baixo grau, sendo raros ou ausentes em outros subtipos, como carcinomas apócrinos e carcinoma ductal salivar.<sup>40</sup>

Importante pontuar que, por serem tumores raros e com tratamento usando drogas alvo-específicas, não há estudos fase III randomizados. Mas os dados dos estudos atuais são significativos nestes casos.

## Fluxograma para tratamento da doença metastática



\*não aprovado pela ANVISA nesta indicação;  
¶ indicado após falha a tratamento sistêmico prévio

## Seguimento

Para pacientes ressecados e/ou sem evidência de doença: exame físico trimestral nos primeiros 2 anos, semestral do 3º ao 5º ano e anual após 5 anos.

TC ou RM de face e pescoço com contraste e TC tórax (com ou sem contraste) semestral até o 3º ano do diagnóstico.

Para pacientes com doença em vigilância ativa, recomenda-se exame físico e radiológico trimestral.

## Referências

1. Skálová A, Hycza MD, Leivo I. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Salivary Glands. *Head Neck Pathol.* 2022 Mar;16(1):40-53.
2. Valstar MH, de Ridder M, van den Broek EC, Stuiver MM, van Dijk BAC, van Velthuysen MLF, et al. Salivary gland pleomorphic adenoma in the Netherlands: A nationwide observational study of primary tumor incidence, malignant transformation, recurrence, and risk factors for recurrence. *Oral Oncology.* 1o de março de 2017;66:93–9.
3. Araya J, Martinez R, Niklander S, Marshall M, Esguep A. Incidence and prevalence of salivary gland tumours in Valparaiso, Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 1o de setembro de 2015;20(5):e532-539.
4. Aegisdottir AL, Tryggvason G, Jonsdottir AM, Jonasson JG. Salivary gland tumours in Iceland 1986-2015: a nationwide epidemiological analysis over a 30-year time period. *APMIS.* fevereiro de 2021;129(2):55–60.
5. Carvalho AL, Nishimoto IN, Califano JA, Kowalski LP. Trends in incidence and prognosis for head and neck cancer in the United States: a site-specific analysis of the SEER database. *Int J Cancer.* 1o de maio de 2005;114(5):806–16.
6. Mehanna H PV. Epidemiology of salivary gland cancers. In: *Salivary Gland Cancer.* Berlin; 2010. 3–9 p.
7. Cohen N, Fedewa S, Chen AY. Epidemiology and Demographics of the Head and Neck Cancer Population. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* novembro de 2018;30(4):381–95.
8. Nishida H, Kusaba T, Kawamura K, Oyama Y, Daa T. Histopathological Aspects of the Prognostic Factors for Salivary Gland Cancers. *Cancers (Basel).* 2023 Feb 15;15(4):1236.
9. Żurek M, Fus Ł, Niemczyk K, Rzepakowska A. Salivary gland pathologies: evolution in classification and association with unique genetic alterations. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2023;280(11):4739–50.
10. Kordzińska-Cisek I, Cisek P, Grzybowska-Szatkowska L. The Role of Prognostic Factors in Salivary Gland Tumors Treated by Surgery and Adjuvant Radio- or Chemoradiotherapy - A Single Institution Experience. *Cancer Manag Res.* 2020;12:1047–67.
11. Brierley J, Eyczen E van, Rous BA, Giuliani M, O’Sullivan B, editors. *TNM classification of malignant tumours.* Ninth edition. Hoboken, NJ: Wiley; 2025. 1 p.

- 12.** Westergaard-Nielsen M, Rosenberg T, Gerke O, Dyrvig A, Godballe C, Bjørndal K. Elective neck dissection in patients with salivary gland carcinoma: A systematic review and meta-analysis. *J Oral Pathology Medicine*. 2020 Aug;49(7):606–16.
- 13.** Lee RH, Wai KC, Chan JW, Ha PK, Kang H. Approaches to the Management of Metastatic Adenoid Cystic Carcinoma. *Cancers*. 2022 Nov 20;14(22):5698.
- 14.** Nakano K, Sato Y, Sasaki T, Shimbashi W, Fukushima H, Yonekawa H, et al. Combination chemotherapy of carboplatin and paclitaxel for advanced/metastatic salivary gland carcinoma patients: differences in responses by different pathological diagnoses. *Acta Otolaryngol*. setembro de 2016;136(9):948–51.
- 15.** Airoidi M, Fornari G, Pedani F, Marchionatti S, Gabriele P, Succo G, et al. Paclitaxel and carboplatin for recurrent salivary gland malignancies. *Anticancer research*. 2000;20(5 C):3781–3.
- 16.** Licitra L, Cavina R, Grandi C, Palma SD, Guzzo M, Demicheli R, et al. Cisplatin, doxorubicin and cyclophosphamide in advanced salivary gland carcinoma. A phase II trial of 22 patients. *Ann Oncol*. agosto de 1996;7(6):640–2.
- 17.** Gilbert J, Li Y, Pinto HA, Jennings T, Kies MS, Silverman P, et al. Phase II trial of taxol in salivary gland malignancies (E1394): a trial of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Head Neck*. março de 2006;28(3):197–204.
- 18.** Airoidi M, Pedani F, Succo G, Gabriele AM, Ragona R, Marchionatti S, et al. Phase II randomized trial comparing vinorelbine versus vinorelbine plus cisplatin in patients with recurrent salivary gland malignancies. *Cancer*. 1o de fevereiro de 2001;91(3):541–7.
- 19.** Laurie SA, Siu LL, Winkvist E, Maksymiuk A, Harnett EL, Walsh W, et al. A phase 2 study of platinum and gemcitabine in patients with advanced salivary gland cancer: a trial of the NCIC Clinical Trials Group. *Cancer*. 15 de janeiro de 2010;116(2):362–8.
- 20.** Tchekmedyian V, Sherman EJ, Dunn L, Tran C, Baxi S, Katabi N, et al. Phase II Study of Lenvatinib in Patients With Progressive, Recurrent or Metastatic Adenoid Cystic Carcinoma. *J Clin Oncol*. 20 de junho de 2019;37(18):1529–37.
- 21.** Locati LD, Cavalieri S, Bergamini C, Resteghini C, Alfieri S, Calareso G, et al. Phase II trial with axitinib in recurrent and/or metastatic salivary gland cancers of the upper aerodigestive tract. *Head Neck*. outubro de 2019;41(10):3670–6.
- 22.** Drlon A, Laetsch TW, Kummar S, DuBois SG, Lassen UN, Demetri GD, et al. Efficacy of Larotrectinib in TRK Fusion-Positive Cancers in Adults and Children. *N Engl J Med*. 22 de fevereiro de 2018;378(8):731–9.
- 23.** Hong DS, Bauer TM, Lee JJ, Dowlati A, Brose MS, Farago AF, et al. Larotrectinib in adult patients with solid tumours: a multi-centre, open-label, phase I dose-escalation study. *Ann Oncol*. 1o de fevereiro de 2019;30(2):325–31.

- 24.** Subbiah V, Wolf J, Konda B, Kang H, Spira A, Weiss J, et al. Tumour-agnostic efficacy and safety of selpercatinib in patients with RET fusion-positive solid tumours other than lung or thyroid tumours (LIBRETTO-001): a phase 1/2, open-label, basket trial. *Lancet Oncol.* outubro de 2022;23(10):1261–73.
- 25.** Meric-Bernstam F, Makker V, Oaknin A, Oh DY, Banerjee S, González-Martín A, et al. Efficacy and Safety of Trastuzumab Deruxtecan in Patients With HER2-Expressing Solid Tumors: Primary Results From the DESTINY-PanTumor02 Phase II Trial. *J Clin Oncol.* 2024 Jan 1;42(1):47–58.
- 26.** Thorpe LM, Schrock AB, Erlich RL, Miller VA, Knost J, Le-Lindqwister N, et al. Significant and durable clinical benefit from trastuzumab in 2 patients with HER2-amplified salivary gland cancer and a review of the literature. *Head Neck.* março de 2017;39(3):E40–4.
- 27.** Kurzrock R, Bowles DW, Kang H, Meric-Bernstam F, Hainsworth J, Spigel DR, et al. Targeted therapy for advanced salivary gland carcinoma based on molecular profiling: results from MyPathway, a phase IIa multiple basket study. *Ann Oncol.* março de 2020;31(3):412–21.
- 28.** Jhaveri KL, Wang XV, Makker V, Luoh SW, Mitchell EP, Zwiebel JA, et al. Ado-trastuzumab emtansine (T-DM1) in patients with HER2-amplified tumors excluding breast and gastric/gastroesophageal junction (GEJ) adenocarcinomas: results from the NCI-MATCH trial (EAY131) subprotocol Q. *Ann Oncol.* 1o de novembro de 2019;30(11):1821–30.
- 29.** Takahashi H, Tada Y, Saotome T, Akazawa K, Ojiri H, Fushimi C, et al. Phase II Trial of Trastuzumab and Docetaxel in Patients With Human Epidermal Growth Factor Receptor 2-Positive Salivary Duct Carcinoma. *J Clin Oncol.* 10 de janeiro de 2019;37(2):125–34.
- 30.** Fushimi C, Tada Y, Takahashi H, Nagao T, Ojiri H, Masubuchi T, et al. A prospective phase II study of combined androgen blockade in patients with androgen receptor-positive metastatic or locally advanced unresectable salivary gland carcinoma. *Ann Oncol.* 1o de abril de 2018;29(4):979–84.
- 31.** Marabelle A, Le DT, Ascierto PA, Di Giacomo AM, De Jesus-Acosta A, Delord JP, et al. Efficacy of Pembrolizumab in Patients With Noncolorectal High Microsatellite Instability/Mismatch Repair-Deficient Cancer: Results From the Phase II KEYNOTE-158 Study. *J Clin Oncol.* 1o de janeiro de 2020;38(1):1–10.
- 32.** Lin VTG, Nabell LM, Spencer SA, Carroll WR, Harada S, Yang ES. First-Line Treatment of Widely Metastatic BRAF-Mutated Salivary Duct Carcinoma With Combined BRAF and MEK Inhibition. *J Natl Compr Canc Netw.* outubro de 2018;16(10):1166–70.
- 33.** Egebjerg K, Harwood CD, Woller NC, Kristensen CA, Mau-Sørensen M. HER2 Positivity in Histological Subtypes of Salivary Gland Carcinoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Oncol.* 2021 Jun 24;11:693394.

- 34.** Xu B, Dogan S, Haroon Al Rasheed MR, Ghossein R, Katabi N. Androgen receptor immunohistochemistry in salivary duct carcinoma: a retrospective study of 188 cases focusing on tumoral heterogeneity and temporal concordance. *Human Pathology*. 2019 Nov;93:30–6.
- 35.** Liang L, Williams MD, Bell D. Expression of PTEN, Androgen Receptor, HER2/neu, Cytokeratin 5/6, Estrogen Receptor-Beta, HMGA2, and PLAG1 in Salivary Duct Carcinoma. *Head and Neck Pathol*. 2019 Dec;13(4):529–34.
- 36.** Ross JS, Gay LM, Wang K, Vergilio JA, Suh J, Ramkissoon S, et al. Comprehensive genomic profiles of metastatic and relapsed salivary gland carcinomas are associated with tumor type and reveal new routes to targeted therapies. *Ann Oncol*. 2017 Oct;28(10):2539–46. doi:10.1093/annonc/mdx399.
- 37.** Bou Zerdan M, Kumar PA, Zaccarini D, Ross J, Huang R, Sivapiragasam A. Molecular Targets in Salivary Gland Cancers: A Comprehensive Genomic Analysis of 118 Mucoepidermoid Carcinoma Tumors. *Biomedicines*. 2023 Feb 10;11(2):519.
- 38.** Ross JS, Gay LM, Wang K, Vergilio JA, Suh J, Ramkissoon S, et al. Comprehensive genomic profiles of metastatic and relapsed salivary gland carcinomas are associated with tumor type and reveal new routes to targeted therapies. *Ann Oncol*. 2017 Oct;28(10):2539–46.
- 39.** Westphalen CB, Krebs MG, Le Tourneau C, Sokol ES, Maund SL, Wilson TR, et al. Genomic context of NTRK1/2/3 fusion-positive tumours from a large real-world population. *npj Precis Onc*. 2021 Jul 20;5(1):69.
- 40.** Westphalen CB, Krebs MG, Le Tourneau C, Sokol ES, Maund SL, Wilson TR, et al. Genomic context of NTRK1/2/3 fusion-positive tumours from a large real-world population. *npj Precis Onc*. 2021 Jul 20;5(1):69

## ANEXO 1

# Sistema Grade de níveis de evidência e força da recomendação

## Níveis de evidência

Nível	Definição	Implicações	Fonte de informação
Alto	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.	É improvável que trabalhos adicionais irão modificar a confiança na estimativa do efeito.	- Ensaio clínico bem delineado, com amostra representativa. - Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes*.
Moderado	Há confiança moderada no efeito estimado.	Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificar a estimativa.	- Ensaio clínico com limitações leves**. - Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes*.
Baixo	A confiança no efeito é limitada.	Trabalhos futuros provavelmente terão um impacto importante em nossa confiança na estimativa de efeito.	- Ensaio clínico com limitações moderadas**. - Estudos observacionais comparativos: coorte e caso controle.
Muito baixo	A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. Há importante grau de incerteza nos achados.	Qualquer estimativa de efeito é incerta.	- Ensaio clínico com limitações graves**. - Estudos observacionais comparativos presença de limitações**. - Estudos observacionais não comparados***. - Opinião de especialistas.

## Força de recomendação

Público alvo	Forte	Fraca (condicional)
Gestores	A recomendação deve ser adotada como política de saúde na maioria das situações	É necessário debate substancial e envolvimento das partes interessadas
Pacientes	A maioria dos indivíduos desejaria que a intervenção fosse indicada e apenas um pequeno número não aceitaria essa recomendação	Grande parte dos indivíduos desejaria que a intervenção fosse indicada; contudo alguns indivíduos não aceitariam essa recomendação
Profissionais de saúde	A maioria dos pacientes deve receber a intervenção recomendada	O profissional deve reconhecer que diferentes escolhas serão apropriadas para cada paciente para definir uma decisão consistente com os seus valores e preferências



# É PROFISSIONAL DA SAÚDE?

PRINCIPAIS BENEFÍCIOS EXCLUSIVOS DE SER ASSOCIADO(A) SBOC:



**Biblioteca Virtual** com acesso gratuito a mais de **900 periódicos**, como Nature Cancer, The Lancet Oncology e JAMA Oncology



**Visibilidade profissional**, com a possibilidade de ser convidado(a) para palestrar em eventos da SBOC ou integrar os Comitês da instituição



**Uso da sede SBOC** para reuniões e aulas virtuais mediante agendamento



**Networking profissional**



**Redução na inscrição do Congresso SBOC** que pode chegar a mais de **50%** nos primeiros lotes



**Acesso a cursos e eventos na OncoAcademy** – a nova plataforma educacional da SBOC



**Acesso ao SBOC Review**, uma seleção periódica de artigos científicos recém-publicados nas melhores revistas da especialidade



**Simplificação do processo de associação à ASCO e à ESMO** (com direito à gratuidade na entidade europeia)



Possibilidade de participação do programa de **Capacitação em Pesquisa Clínica**



Redução de, pelo menos, **40%** no valor da inscrição do exame para a **Prova de Título de Especialista em Oncologia Clínica**

**RESIDENTES MÉDICOS EM ONCOLOGIA CLÍNICA NÃO PAGAM ANUIDADE!**

**SBOC**

SOCIEDADE  
BRASILEIRA  
DE ONCOLOGIA  
CLÍNICA

**ASSOCIE-SE  
AQUI!**

