

# ASPECTE CLINICO-MORFOLOGICE PARTICULARE ÎNTR-UN CAZ DE ADENOM PAROTIDIAN CU CELULE BAZALE

*Particular clinical and morphological aspects in a case of parotid basal cell adenoma*

Maria Cristina Munteanu<sup>1</sup>, Claudiu Mărgăritescu<sup>2</sup>, Ane-Marie Rauten<sup>3</sup>, Alma Florescu<sup>4</sup>,  
Florin Anghelina<sup>5</sup>, Adrian Camen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Disciplina Chirurgie oro-maxilo-facială, Facultatea de Medicină Dentară,  
Universitatea de Medicină și Farmacie Craiova

<sup>2</sup>Disciplina Anatomie patologică, Facultatea de Medicină Dentară,  
Universitatea de Medicină și Farmacie Craiova

<sup>3</sup>Disciplina Ortodonție, Facultatea de Medicină Dentară, Universitatea de Medicină și Farmacie Craiova

<sup>4</sup>Disciplina Protetică, Facultatea de Medicină Dentară, Universitatea de Medicină și Farmacie Craiova

<sup>5</sup>Disciplina ORL, Facultatea de Medicină Generală, Universitatea de Medicină și Farmacie Craiova

## REZUMAT

Adenomul cu celule bazale (BCA) este o entitate tumorală rară a glandelor salivare. Reprezintă o formă de adenom monomorf, menționată prima dată de Kleinasser și Klein în 1967. (13) Localizarea cea mai frecventă este la nivelul glandei parotide. Se prezintă de obicei ca o masă tumorală fermă, mobilă, cu creștere lentă.

Din punct de vedere microscopic, tumora conține celule bazaloide monomorfe, cu absența celulelor mioepiteliale. Histologic, se caracterizează prin prezența stromei hialine, care este moale, și absența stromei mixoide sau condroide.

Prezintă asemănări cu tumora mixtă, dar și cu adenocarcinomul cu celule bazale și cu carcinomul adenoid chistic. Prin urmare, pot apărea întrebări legate de diagnostic și tratament. Tinde să fie multifocală, iar rata de recidivă după excizia chirurgicală este crescută.

Având în vedere frecvența redusă, descriem un caz particular de adenom cu celule bazale cu localizare parotidiană și aducem în discuție datele din literatura de specialitate cu privire la diagnostic și atitudine terapeutică.

Luând în considerare toate aceste aspecte, în lucrarea de față prezentăm un caz de adenom cu celule bazale cu localizare parotidiană ce a prezentat o serie de particularități clinico-morfologice discutate în paralel cu datele existente în literatura de specialitate.

**Cuvinte cheie:** adenom cu celule bazale, glande salivare, examen histopatologic

## ABSTRACT

The basal cell adenoma (BCA) is a rare tumor entity of the salivary glands. It represents an adenoma monomorphic form, first mentioned by Kleinasser and Klein in 1967. (13) The most frequent location is at the level of the parotid gland. It presents itself usually as a tumorous firm mass, mobile, with slow increase.

Microscopically, the tumour contains monomorphic basal cells with the absence of myoepithelial cells. Histologically, it is characterised by the presence of hilar stroma presence, soft, and with the absence of the myxoid or chondroid stroma.

It presents similarities with the mixed tumour, but also with the adenocarcinoma with basal cells and with the cystic adenoid carcinoma. Therefore, questions may arise regarding the diagnostic and treatment.

It tends to be multifocal and the rate of relapse after the surgical excision is high.

Taking into consideration all these aspects, in this paper we would want to show a case of adenoma with basal cells with parotid localization which presented a series of clinical-morphological particularities in parallels with the data existing in the specialized literature.

**Keywords:** basal cell adenoma, salivary gland, histo-pathology exam

Autor corespondent:

Adrian Camen, Disciplina ORL, Facultatea de Medicină Generală, Universitatea de Medicină și Farmacie Craiova, Str. Petru Rareș nr. 2-4, Craiova

E-mail: adycamen@icloud.com

## INTRODUCERE

Adenomul cu celule bazale (BCA) al glandelor salivare este o tumoră benignă rară, asemănătoare adenomului pleomorf. A fost recunoscut ca entitate independentă în cea de-a doua ediție a Clasificării WHO a tumorilor glandelor salivare. (1) Deși este cunoscută posibilitatea crescută de recidivă post-operatorie, este considerată ca o tumoră cu rată redusă de transformare malignă și cu un prognostic bun. (2) Cel mai frecvent afectată este glanda parotidă (75%), urmată de glandele salivare minore ale buzei superioare. (3,4) Au fost menționate și localizări la nivelul mucoasei jugale, buza inferioară, palatul și septul nazal (2), dar și glanda submandibulară. (5)

Reprezintă 1-2% din tumorile epiteliale benigne ale glandelor salivare. (6) Numit în trecut și adenom monomorfic, se constituie într-un procent de 54% din totalul adenoamelor monomorfe. (7)

Epidemiologic, aceste tumori afectează pacienți în decada 5-6 de viață. În opinia celor mai mulți autori, există o prevalență în favoarea femeilor, dar au fost raportate și frecvențe similare în cazul ambelor sexe. (8,9)

Histopatologic, au fost descrise patru pattern-uri caracteristice: solid, trabecular, tubular și membranos. (9-11) Absența celulelor mioepiteliale, prezente în tumorile pleiomorfe și în alte neoplasme ale glandelor salivare, a fost considerată o caracteristică a BCA. (12)

Tratamentul constă în excizia chirurgicală cu margini în țesutul sănătos. (5)

## PREZENTARE DE CAZ

Pacienta în vârstă de 69 de ani, din mediul rural, cu antecedente de hipertensiune arterială, neglijată, netratată, s-a internat în Clinica de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială a Spitalului Clinic Județean de Urgență Craiova pentru prezența unei formațiuni tumorale voluminoase la nivelul regiunii parotidiene stângi. Formațiunea debutase în urmă cu aproximativ 4 ani și evoluase lent, nedureros. Nu au fost prezente alte simptome asociate ca modificări ale secreției salivare, senzația de uscăciune a cavității orale sau tulburări de deglutiție. Pacienta nu se mai prezentase la nici un alt consult de specialitate și, prin urmare, nu mai efectuase investigații și nu urmasse tratament specific.

La examenul local exo-oral se observă prezența unei deformări voluminoase relativ circumscrise parotidiene stângi, cu formă rotund-ovalară, cu diametru aproximativ 6 cm ce destinde tegumentele

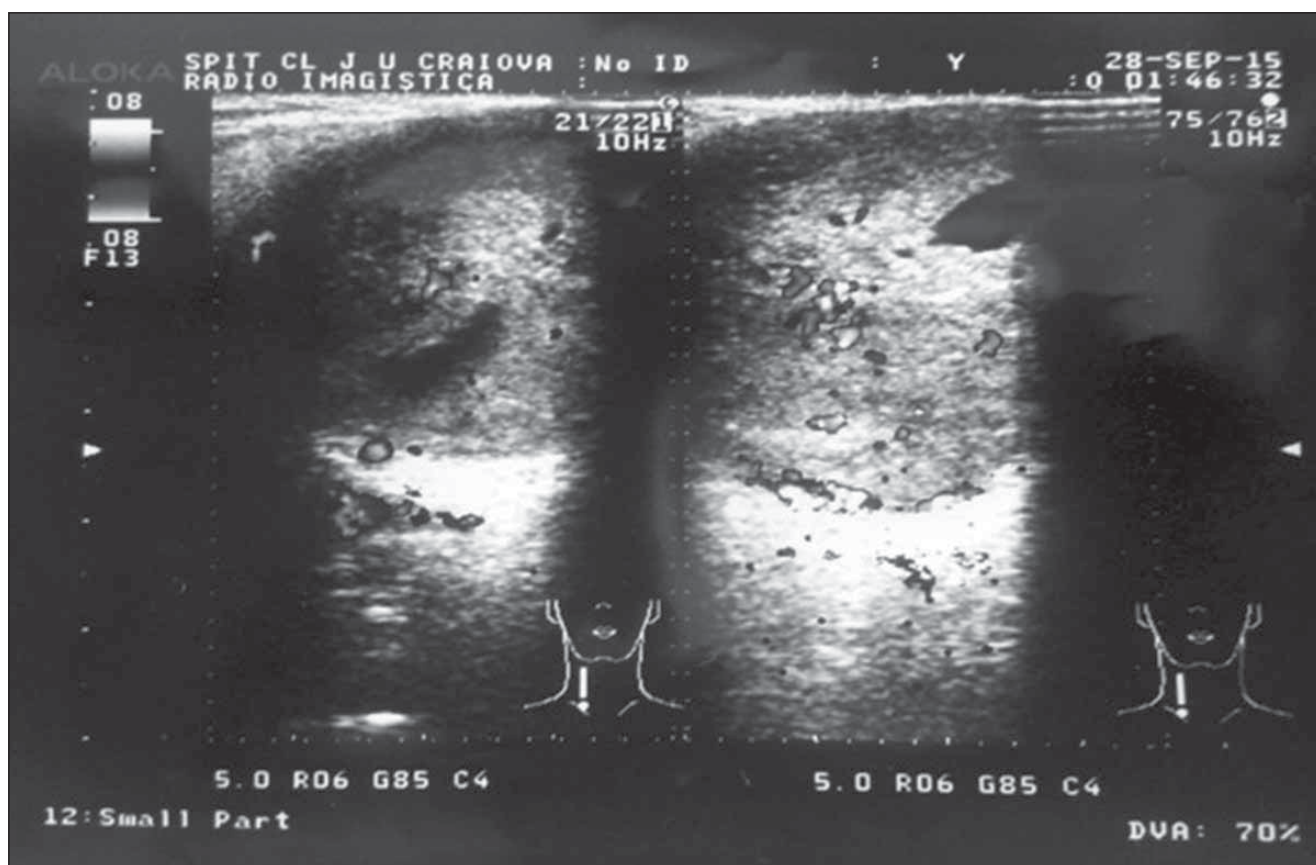
acoperitoare, nemodificate de culoare. Formațiunea tumorală împinge în sus și în lateral lobulul auricular stâng și maschează relieful unghiului mandibular. La teste de motilitate facială, nu au fost prezente semne de paraliză facială periferică (Fig. 1, Fig. 2). Palparea evidențiază o formațiune bine delimitată, cu suprafață boselată, consistență variabilă, fermă, dar se percep și zone depresibile, mobilă pe planurile supra și subiacente, ușor sensibilă. Examenul clinic nu decelează prezența adenopatiei loco-regionale. La examenul endo-oral s-a constatat edentație termino-terminală mandibulară, edentație intercalată maxilară, neprotezate, nu au fost modificări ale orificiului de excreție al canalului Stenon și nici modificări cantitative sau calitative ale salivei.



FIGURA 1. Aspect clinic – normă frontală



FIGURA 2. Aspect clinic – normă laterală



**FIGURA 3.** Aspect ecografic

Cu diagnosticul prezumtiv de tumoră glandă parotidă stânga, se solicită examen ecografic care descrie prezența unei tumori la nivelul glandei parotide stângi ce ocupă aproape în întregime glanda parotidă, cu zone de necroză și vascularizație accentuate în toată masa tumorală, central și periferic. Nu se vizualizează adenopatie submandibulară și latero-cervicală stânga (Fig. 3).

Având în vedere evoluția îndelungată, fără modificarea caracterelor tumorale, precum și rezultatul ecografic, a fost interpretată clinic ca fiind o leziune tumorală benignă precum adenomul pleomorf, tumora Whartin sau alte tumori benigne ale glandelor salivare.

Se intervine chirurgical sub anestezie generală și se practică extirparea formațiunii tumorale care ocupase în totalitate lobul superficial al glandei parotide. Intraoperator, se izolează sistemul musculo-aponevrotic superficial și se conservă nervul facial (Fig. 4).

Macroscopic, tumora s-a prezentat ca o formațiune relativ rotundă, cu diametru aproximativ 5-6 cm, de culoare albicioasă, fiind circumscrisă și bine încapsulată, suprafața bosoasă, de consistență variabilă, cu zone de consistență fermă ce alternează cu zone depresibile, chistice. Tumora a fost încapsulată și pe suprafața de secțiune s-au remarcat alter-



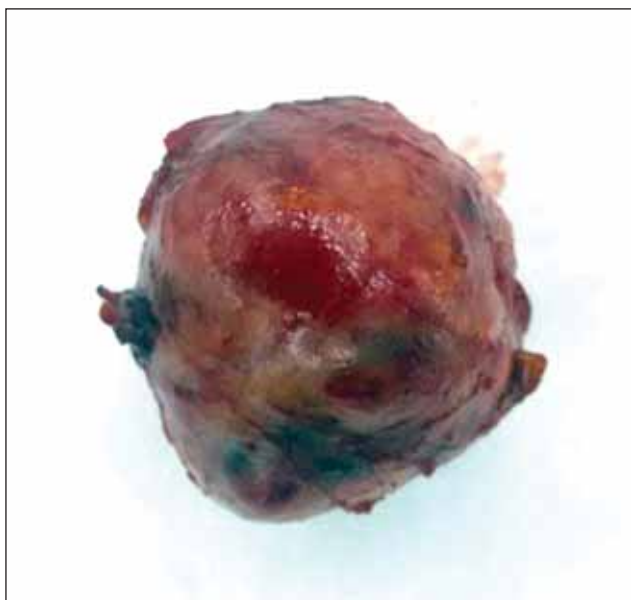
**FIGURA 4.** Aspect intraoperator

nanță de zone solide cu zone chistice și o colorație variind de la alb-cenușiu la galben-maroniu (Fig. 5).

Piesa operatorie s-a trimis pentru examen histopatologic.

Evoluția postoperatorie a fost bună, nu au fost prezente semne de paraliză facială tranzitorie. Firele de sutură s-au îndepărtat la 7 zile postoperator.

Examenul histopatologic descrie o formațiune tumorală bine delimitată, încapsulată, constând în proliferări neoplazice cu celule predominant de tip bazaloid, cu multiple pattern-uri de creștere: tubular,



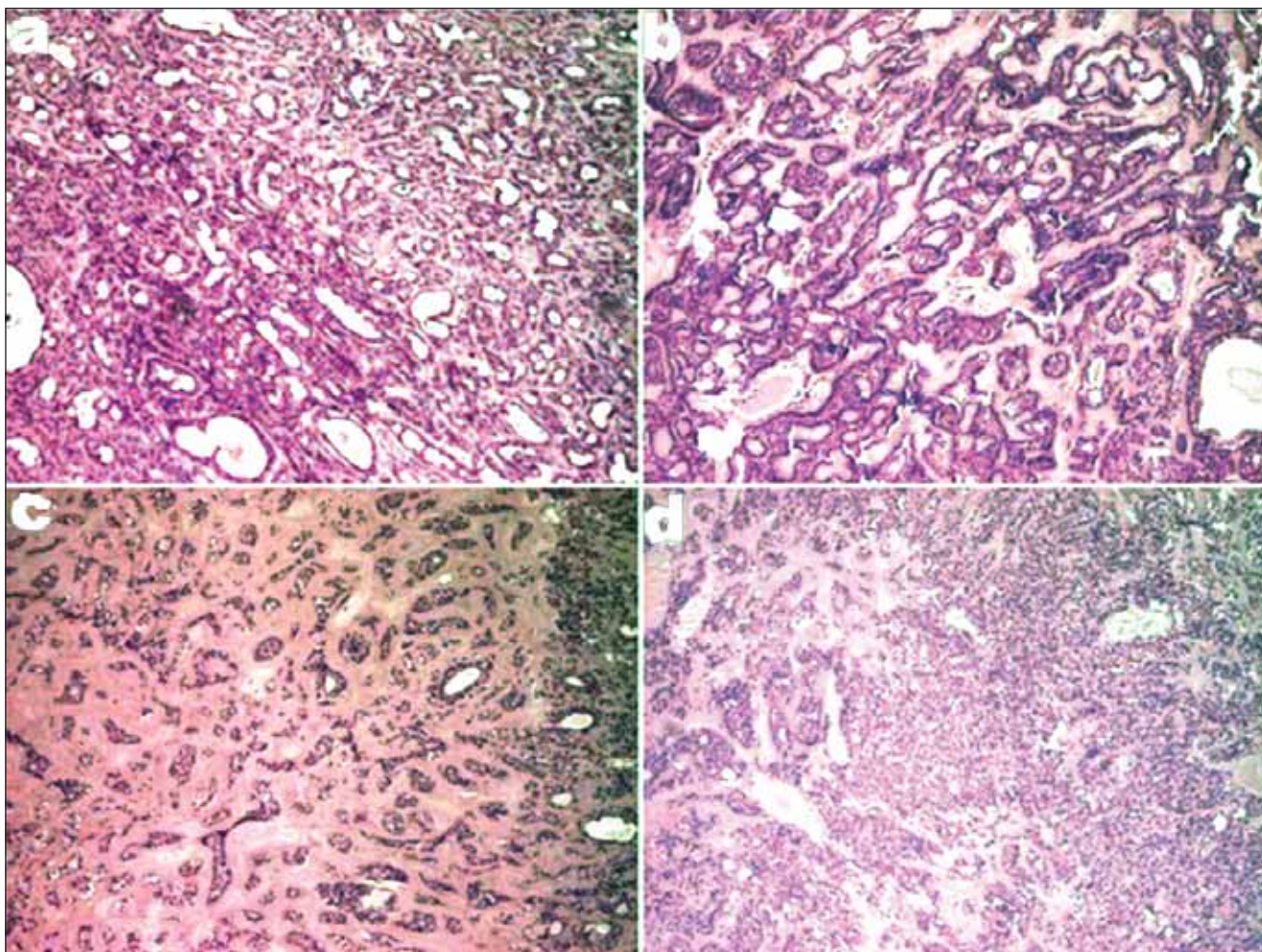
**FIGURA 5.** Aspect macroscopic al tumorii

membranos, trabecular și solid (Fig. 6a-d). La periferia acestor proliferări se observă celule cubice sau columnare cu nuclei rotunzi, tahicromatici cu

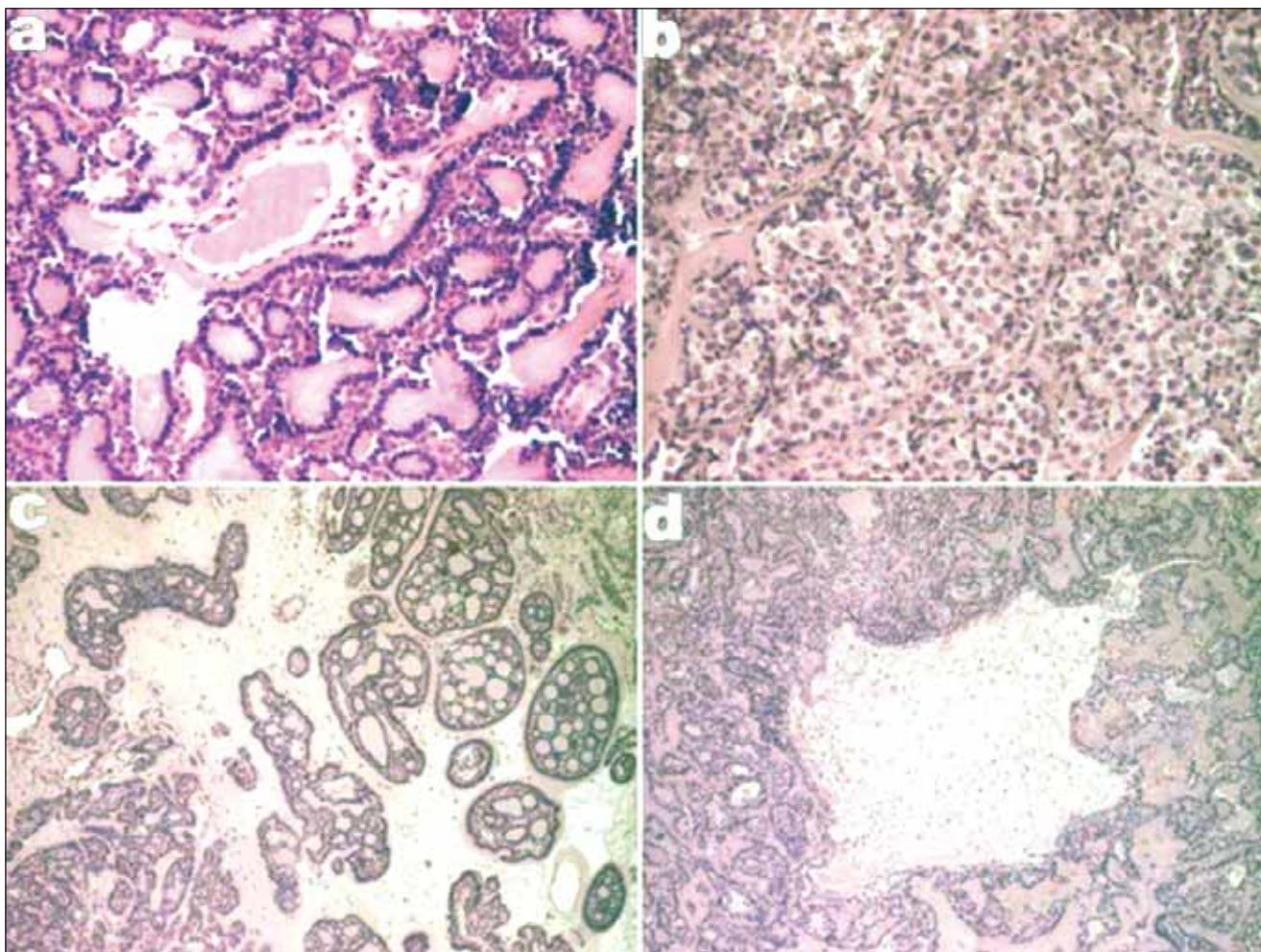
dispoziție palisadată și citoplasmă puțină (Fig. 7a). În interiorul proliferărilor domină celulele cu morfologie variabilă, nuclei mai palizi, citoplasmă mai abundentă eozinofilă și margini indistincte (Fig. 7b). Majoritatea proliferărilor neoplazice au fost înconjurată de benzi groase eozinofile de material asemănător celui ce intră în alcătuirea membranelor bazale (Fig. 7a), material ce a fost prezent chiar și între proliferările tumorale (Fig. 7c). Pe alocuri, celulele tumorale din ariile solide au suferit leziuni degenerative cu dezvoltarea de spații chistice (Fig. 7d). Stroma tumorii a fost una preponderent de tip fibros, dar am observat și arii în care aspectul a fost cel al unui țesut conjunctiv lax (Fig. 8a). Pe zone limitate proliferările tumorale au invadat capsula tumorală (Fig. 8b).

Examenul histopatologic a pus diagnosticul de adenom cu celule bazale cu pattern-uri mixte de creștere și cu extensie intracapsulară.

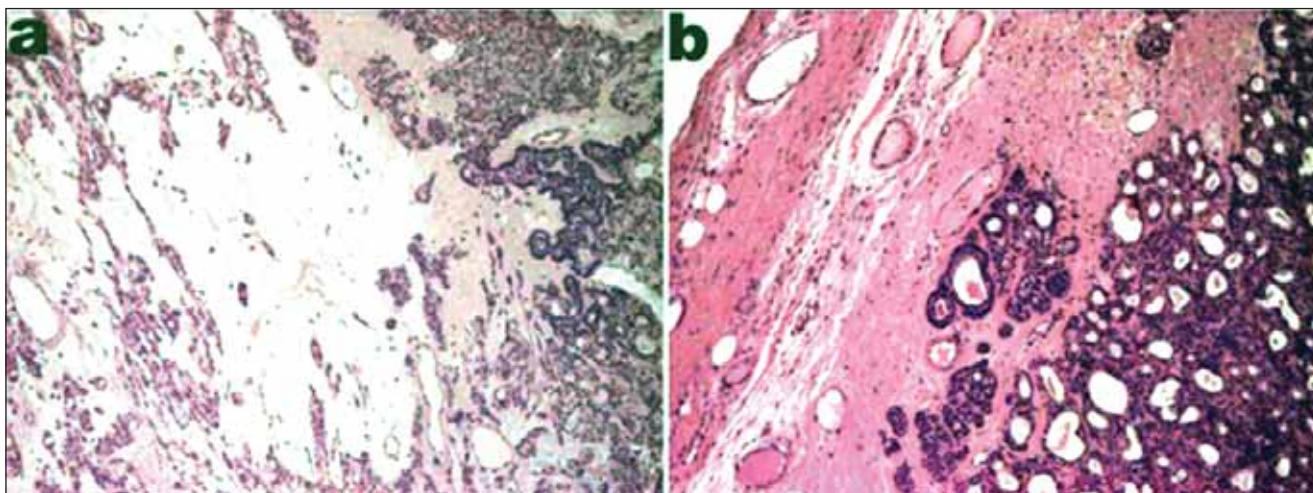
În perioada imediată de urmărire postoperatorie, de aproximativ 2 luni, nu au apărut complicații.



**FIGURA 6a-d.** Adenom cu celule bazale – pattern-uri de creștere: tubular (a); membranos (b); trabecular (c); solid (d); HE, x40



**FIGURA 7a-d.** Adenom cu celule bazale – (a) celule cu aspect bazaloid cu nuclee palisadați, HE, x100; (b) celule cu morfologie variabilă, nuclee mai palizi, citoplasmă mai abundentă eozinofilă și margini indistincte, HE, x200; (c) material membranar-like, în jurul proliferărilor, dar și între proliferările neoplazice, HE, x40; (d) ariile solide cu leziuni degenerative cu dezvoltare de spații chistice, HE, x40



**FIGURA 8a-b.** Adenom cu celule bazale – (a) arii în care aspectul stromei a fost cel al unui țesut conjunctiv lax, HE, x40; (b) proliferările tumorale intracapsulare, HE, x40

## DISCUȚII

Termenul de adenom cu celule bazale a fost introdus de către Kleinsasser și Klein în anul 1967,

care au identificat acest tip de tumoră ca o entitate clinică și patologică distinctă. (13) Inițial, acest tip de tumoră a fost descris ca un tip particular de adenom monomorf, adesea fiind confundată cu adenomul

canalicular, diferențierea între cele două tipuri de tumori fiind făcută ulterior de către Gardner și Daley. (14) Certificarea sa ca entitate tumorală benignă distinctă a glandelor salivare ce se diferențiază de adenomul pleiomorf prin absența componentei stromale condromixoide a fost făcută în anul 1991 în cadrul clasificării OMS a tumorilor de glande salivare. (15)

Asupra originii acestui tip de tumoră planează și astăzi numeroase controverse. Unii discută de posibila origine mioepitelială a acestei tumori (12,16,17), alții discută despre originea în celulele ductale intercalare (18,19), în timp ce alții insistă asupra originii din celulele stem (20,21).

BCA este o tumoră benignă rară, reprezentând, după unii autori, 2-4% din toate tumorile glandelor salivare (3,28-30). Într-un studiu realizat de Cl. Mărgăritescu et al. între anii 1998-2003, doar 4 dintre piesele operatorii recoltate de la pacienții cu tumori ale glandelor salivare internați în Clinica de Chirurgie OMF Craiova s-au dovedit a fi adenoame cu celule bazale. Acestea au reprezentat 3,38% din tumorile benigne ale glandelor salivare și 2,40% din toate tumorile glandelor salivare. (31)

Cazul descris de noi respectă constatările celor mai mulți autori, conform cărora acest tip de tumoră pare că afectează mai des pacienți cu vârsta peste 50 de ani (32,33), fiind considerat un neoplasm glandular salivar benign, rar întâlnit la tineri. Este menționată o frecvență de două ori mai mare la bărbați decât la femei (32,34), în timp ce Batsakis și Brannon observă o marcantă predominanță la bărbați în ceea ce privește un anumit tip de adenom cu celule bazale, și anume cel membranos. (19)

De obicei BCA apare ca o tumoră unilaterală, bine circumscrisă, rotundă sau ovalară.

O masă tumorală nedureroasă, cu creștere lentă este simptomatologia cel mai frecvent întâlnită. (27,29) De obicei dimensiunile sunt mai mici de 3 cm. (35) La pacienta din studiul nostru, localizarea, istoricul, vârsta și sexul corespund raportărilor anterioare, dar nu și dimensiunea, aceasta fiind mult mai mare. Dimensiunile crescute se explică prin prezentarea tardivă în serviciul de specialitate, evoluția fiind lentă, asimptomatică.

Apariția BCA bilateral este extrem de rară. Junquera et al aduc în discuție un astfel de caz și menționează raportarea a doar 7 cazuri în literatura engleză până în 2010. (6)

Literatura de specialitate descrie și existența de tumori multicentrice, îndeosebi subtipul membranos (similar cilindromului cutanat) (19), și de regulă coexistă cu cilindroamele dermale și tricoepitelioamele. (7,22,23) Condiția patologică caracterizată

prin prezența sincronă de multiple tumori anexiale cutanate și de numeroase adenoame salivare cu celule bazale, uneori cu caracter desfigurant definește sindromul Brooke-Spiegler, maladie autozomal dominantă cauzată de mutația genei supresoare care codifică proteina CYCLD (inhibitor al factorului de transcripție NF-κB). (24)

BCA a fost recunoscută ca entitate patologică distinctă de către World Health Organization în 1991. (15) Din punct de vedere histopatologic, a fost clasificată în tipurile solid (monomorfic), tubular, trabecular și membranos. (3) Celule bazale se identifică în diverse tumori primare ale glandelor salivare, fie ca o componentă a tumorilor, fie ca un neoplasm pur al celulelor bazale. Prin urmare, distincția între un BCA adevărat și alte tumori primare ce mimează trăsăturile celulelor bazale ale glandelor salivare poate fi uneori dificilă. (36)

În diagnosticul diferențial al acestei tumori intră: adenocarcinomul cu celule bazale, carcinomul adenoid chistic varianta solidă, adenomul pleiomorf, carcinomul bazocelular cutanat ce invadează glandele salivare, metastazele salivare de carcinoame scuamoase bazaloide.

Diferențierea de adenomul pleiomorf se face prin absența stromei condromixoide și prin prezența materialului membranar-like din jurul proliferărilor în adenomul bazocelular. (25,26) Față de carcinomul adenoid chistic, diferențierea se face prin absența pattern-ului invaziv de creștere, a vascularizației și ariilor proliferative microchistice, precum și a invaziei perineurale, elemente patognomonice carcinomului adenoid chistic. (27) În adenocarcinomul cu celule bazale, sunt prezente invazia în țesutul glandular adiacent, invazia vasculară și perineurală, prezentă atipiiilor nucleocitoplasmice și a numeroase mitoze. (24)

Din punct de vedere histopatologic, cazul de față prezintă în alcătuirea sa toate cele patru pattern-uri de creștere. Particular cazului nostru a fost prezența extensiei intracapsulare a proliferărilor neoplazice. Mai mult decât atât, unele tumori pot să nu fie incapsulate. Prin urmare, tratamentul adecvat este excizia locală, mai degrabă decât enucleerea. (37)

Este esențială integritatea capsulei pentru a minimiza riscul de recidivă, care este menționat în rare ocazii. (23) În cazul de față a fost prezentă invazia capsulei, fapt ce impune supravegherea clinică-imagistică în continuare a pacientului.

După unii autori, nu au fost raportate cazuri de degenerescență malignă. (38)

După Nagao et al., transformarea malignă apare la 4,3% din cazurile de BCA. (39)

Rata de recurență pentru varianta solidă și trabecular-tubulară este aproape inexistentă. Subtipul membranos este cel mai frecvent asociat cu recidiva (25-37% din cazuri), cel mai probabil din cauza multicentricității acestei leziuni. Deși rară, transformarea malignă a fost raportată tot la tipul membranos. Deci parotidectomia totală, mai degrabă decât cea superficială, a fost propusă pentru BCA de tip membranos. Dezvoltarea multicentrică, absența capsulei în aproape 50% din cazuri, asocierea cu tumorile ecrine, transformarea malignă au determinat investigarea separată. (6,23)

## CONCLUZII

În lucrarea de față am prezentat un caz de tumoră de glandă salivară cu evoluție de lungă durată care, histopatologic, a prezentat aspectul unei tumori benigne epiteliale monomorfe cu pattern-uri de creștere variabile: tubulo-trabecular, solid și membranos și leziuni degenerative chistice. Aceste aspecte au îngreunat diagnosticul de certitudine histopatologic, fiind necesară o analiză minuțioasă a tuturor trăsăturilor clinico-patologice și histopatologice pentru diferențierea BCA față de alte tumori salivare cu diferențiere bazaloidă.

## BIBLIOGRAFIE

1. Seifert G., Sobin L.H. – The World Health Organization's Histological Classification of Salivary Gland Tumors. A commentary on the second edition. *Cancer*. 1992;70:379-85. [PubMed]
2. González-García R., Nam-Cha S.H., Muñoz-Guerra M.F., Gamallo-Amat C. – (1 March 2006). Basal cell adenoma of the parotid gland. Case report and review of the literature. (PDF). *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal* 11 (2): E206-9. PMID 16505803.
3. Ellis G.L., Auclair P.L. – Tumor of the salivary glands. Atlas of tumor pathology. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1996. p. 90-94 ;39-63
4. Batsakis J.G., Luna M.A., El-Naggar A.K. – Basaloid monomorphic adenomas, *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1991, 100:687-690
5. Witt R.L. – (1 January 2011). Salivary Gland Diseases: Surgical and Medical Management. Thieme. pp. 126-128. ISBN 978-1-60406-537-4.
6. Junquera L., Gallego L., de Vicente J.C., Fresno M.F. – Bilateral parotid basal cell adenoma: An unusual case report and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010;68:179-82. [PubMed]
7. Luna M.A., Tortoledo M.E., Allen M. – Salivary termal analogue tumors arising in lymph nodes. *Cancer* 1987;59:212-24, 1165-1169.
8. Chaudhry A.P., Cutler L.S., Satchidanand S., Labay G., Sunderraj M. – Ultrastructure of monomorphic adenoma (ductal type) of the minor salivary glands. *Arch Otolaryngol* 1983; 109:118-22.
9. Fantasia J.E., Neville B.W. – Basal cell adenomas of the minor salivary glands. A clinicopathologic study of seventeen new cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1980; 50:433-40. [PubMed]
10. Mintz G.A., Abrams A.M., Melrose R.J. – Monomorphic adenomas of the major and minor salivary glands. Report of twenty-one cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1982; 53:375-86. [PubMed]
11. Kusama K., Iwanari S., Aisaki K., Wada M., Ohtani J., Itoi K., et al. – Intraoral minor salivary gland tumors: A retrospective study of 129 cases. *J Nihon Univ Sch Dent*. 1997;39:128-32. [PubMed]
12. Dardick I., Daley T.D., van Nostrand A.W. – Basal cell adenoma with myoepithelial cell-derived „stroma”: a new major salivary gland tumor entity. *Head Neck Surg* 1986; 8: 257-267 [PubMed]
13. Kleinsasser O., Klein H.J. – Basalzelladenome der speicheldrüsen, *Arch Klin Exp Ohren Nasen Kehlkopfheilkd*, 1967, 189:302-316
14. Gardner D.G., Daley T.D. – The use of the terms monomorphic adenoma, basal cell adenoma, and canalicular adenoma as applied to salivary gland tumors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1983; 56: 608-615.
15. Seifert G., Sobin L.H. – Histological typing of salivary gland tumors. World Health Organization International Histological Classification of Tumors. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1991. p. 20-21
16. Ogawa I., Nikai H., Takata T., Miyauchi M., Ito H., Ijuhin N. – The cellular composition of basal cell adenoma of the parotid gland: an immunohistochemical analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 70: 619-626.
17. Zarbo R.J., Prasad A.R., Regezi J.A., Gown A.M., Saveria A.T. – Salivary gland basal cell and canalicular adenomas: immunohistochemical demonstration of myoepithelial cell participation and morphogenetic considerations. *Arch Pathol Lab Med* 2000; 124: 401-5
18. Regezi J.A., Batsakis J.G. – Histogenesis of salivary gland neoplasms. *Otolaryngol Clin North Amer* 1977; 10: 297-307.
19. Batsakis J.G., Brannon R.B. – Dermal analogue tumours of major salivary glands. *J Laryngol Otol* 1981; 95: 155-164.
20. Chaudhry A.P., Cutler L.S., Yamane G.M., Labay G.R., Sunderra J.M., Manak J.R. – Ultrastructure of normal human parotid gland with special emphasis on myoepithelial distribution. *J Anat* 1987; 152: 1-11.
21. Huang Y. – Basal cell adenoma in the parotid: a bizarre myoepithelial-derived stroma rich variant. *Int J Clin Exp Pathol*. 2014 Jun 15;7(7):4512-5.
22. Headington J.T., Batsakis J.G., Beals T.F., Campbell T.E., Simmons J.L., Stone W.D. – Membranous basal cell adenoma of parotid gland, dermal cylindromas, and trichoepitheliomas. Comparative histochemistry and ultrastructure. *Cancer* 1977; 39:2460-2469.
23. Yu G.Y., Ubmuller J., Donath K. – Membranous basal cell adenoma of the salivary gland: a clinicopathologic study of 12 cases. *Acta Otolaryngol* 1998;118: 588-593.
24. Bowen S., Gill M., Lee D.A., Fisher G., Geronemus R.G., Vazquez M.E., Celebi J.T. – Mutations in the CYLD gene in Brooke-Spiegler syndrome, familial cylindromatosis, and multiple familial trichoepithelioma: lack of genotype-phenotype correlation. *J Invest Dermatol*. 2005 May;124(5):919-20
25. Gnepp D.R., Brandwein M.S., Henley J.D. – Salivary and lacrimal glands. In: Gnepp D.R. (editor). Diagnostic surgical pathology of the head and neck. 1st ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 2000. p. 361-366.
26. Kratochvil F.J. – Canalicular adenoma and basal cell adenoma. In: Ellis G.L., Auclair P.L., Gnepp D.R. (editors). Surgical pathology of the salivary glands. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1991. p. 202-224.
27. Jang M., Park D., Lee S.R., Hahm C.K., Kim Y., Kim Y., et al. – Basal cell adenoma in the parotid gland: CT and MR findings. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2004; 25: 631-635.
28. Maurizi M., Salvinelli F., Capelli A., Carbone A. – Monomorphic adenomas of the major salivary glands: clinicopathological study of 44 cases. *J Laryngol Otol*, 1990, 104:790-796. [12]
29. Nagao K., Matsuzaki O., Saiga H. et al. – Histopathologic studies of basal cell adenoma of the parotid gland, *Cancer*, 1982, 50:736-745. [13]
30. Takahashi H., Fujita S., Tsuda N. et al. – Intraoral minor salivary gland tumors: a demographic and histologic study of 200 cases, *Tohoku J Exp Med*, 1990, 161:111-128

31. **Mărgăritescu C., Mercuț V., Mogoantă L., Florescu M., Simionescu C., Cionca L., Manea M.** – Salivary gland basal cell adenoma. Immunohistochemical evaluation of four cases and review of the literature, *Rom J Morphol Embryol.* 2005;46(1):29-40. Review.
32. **Barnes L., Eveson J.W., Reichart P., Sidransky D.** – World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours, Lyon: International Agency for Research on Cancer Press; 2005. p. 261-262
33. **Orell R.S., Sterrett G.F.** – 5th ed. India: Churchill Livingstone, Elsevier Publications; 2012. Orell Sterrett's Fine Needle Aspiration Cytology
34. **Gnepp D.R.** – Diagnostic surgical pathology of the head and neck. London: W.B. Saunders; 2009. p. 351-365
35. **Bucur A.** – Compendiu de chirurgie oro-maxilo-facială, vol. 2, p. 748-749
36. **Seifert G.** – Classification and differential diagnosis of clear and basal cell tumors of the salivary glands. *Semin Diagn Pathol* 1996; 13: 95-103 [PubMed]
37. **Thawley S.E., Ward S.P., Ogura J.H.** – Basal cell adenoma of the salivary glands. *Laryngoscope.* 1974;84:1756-66. [PubMed]
38. **Thawley S.E., Ward S.P., Ogura J.H.** – Basal cell adenoma of the salivary glands, *Laryngoscope*, vol. 84, issue 10, pg. 1756-1765, october 1974
39. **Nagao T., Sugano I., Ishida Y., Matsuzaki O., Konno A., Kondo Y.** – Carcinoma in basal cell adenoma of the parotid gland. *Pathol Res Pract* 1997; 193:171-178 [PubMed]