

267  
24

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



*AutORIZADO  
4/11/90  
P.F.*

**ADENOMA PLEOMORFO**

**TESINA PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**CIRUJANO DENTISTA**  
**P R E S E N T A :**

**JORGE PONCE PAEZ**



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

	PAGINA
I.- ANATOMIA GLANDULAR	1
II.- CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS	4
III.- FISIOLOGIA	13
IV.- CLASIFICACION DE NEOPLASIAS	15
V.- DESCRIPCION CLINICA DEL ADENOMA PLEOMORFO	16
VI.- CARACTERISTICAS AL MICROSCOPIO DE LUZ	19
VII.- CARACTERISTICAS AL MICROSCOPIO ELECTRONICO	21
VIII.- TRATAMIENTO Y PRONOSTICO	24
IX.- REVISION DEL ARCHIVO DEL SERVICIO DE DIAGNOSTICO DEL AÑO DE 1959 HASTA 1989 DE LA DIVISION DE INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA U.N.A.M.	28
X.- DISCUSION	30
XI.- CONCLUSIONES	32
XII.- BIBLIOGRAFIA	33

## I.- ANATOMIA GLANDULAR

EXISTEN TRES GRANDES GRUPOS DE GLANDULAS SALIVALES: PAROTIDAS, SUBMANDIBULARES Y SUBLINGUALES QUE APORTAN EL MAYOR VOLUMEN DE SECRECION SALIVAL. LA PAROTIDA ES UNA GLANDULA SEROSA ALVEOLAR COMPUESTA PURA, LAS SUBMANDIBULARES Y SUBLINGUALES SON MIXTAS ALVEOLARES COMPUESTAS, LA PRIMERA DE PREDOMINIO SEROSO Y LA SEGUNDA DE PREDOMINIO MUCOSO.

GLANDULA PAROTIDA.- ES LA GLANDULA MAS VOLUMINOSA DE TODAS LAS GLANDULAS SALIVALES, DE COLOR AMARILLO. SE LOCALIZA POR DEBAJO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES, POR DETRAS DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDIBULA. ESTA CONTENIDA EN UNA CELDA DE PAREDES ANFRACTUOSAS, FORMADA POR TEJIDO CONJUNTIVO QUE SE CONDENSA EN ALGUNAS PARTES, TOMANDO EL ASPECTO DE UNA APONEUROSIS. ESTA GLANDULA TIENE FORMA DE UN PRISMA TRIANGULAR CON BASE SUPERIOR Y OTRA INFERIOR, TIENE CUATRO CARAS: UNA EXTERNA, INTERNA, ANTERIOR Y POSTERIOR, UN BORDE INTERNO JUNTO A LA PARED DE LA FARINGE, Y DOS BORDES EXTERNOS: UNO ANTERIOR Y OTRO POSTERIOR.

SU SECRECION SALE POR EL CONDUCTO DE STENON, ESTE CONDUCTO SE LOCALIZA EN SU CARA ANTERIOR, SE DIRIGE HACIA ADELANTE, CRUZA LA CARA EXTERNA DEL MASETERO, POR DEBAJO DE LA ARTERIA TRANSVERSA DE LA CARA, ALCANZA LA CARA EXTER-

NA DEL BUCCINADOR ATRAVEZANDOLO OBLICUAMENTE HACIA ADELANTE Y ADENTRO PARA ABRIRSE EN LA MUCOSA BUCAL A NIVEL DEL CUELLO DEL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR. ESTA CUBIERTO EN SU ORIGEN POR LA PROLONGACION ANTERIOR DE LA PAROTIDA Y EL RESTO EN SU TRAYECTO POR EL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO Y LA PIEL.

GLANDULA SUBMANDIBULAR.- ESTA GLANDULA SE LOCALIZA EN LA PARTE LATERAL DE LA REGION SUPRAHIOIDEA, EN LA FOSETA DE LA CARA INTERNA DE LA MANDIBULA, COMO LA PAROTIDA, SE ENCUENTRA CONTENIDA EN UNA CELDA OSTEOFIBROSA, ES DE FORMA PRISMATICA TRIANGULAR CON TRES CARAS QUE CORRESPONDEN A LA CELDA Y DOS EXTREMIDADES: ANTERIOR Y POSTERIOR. EL CONDUCTO POR DONDE VIERTES SU CONTENIDO ES EL DENOMINADO DE WARTHON, ESTE NACE POR LA PARTE MEDIA DE LA CARA INTERNA DE LA GLANDULA, DIRIGIENDOSE HACIA ADELANTE Y ADENTRO HASTA EL BORDE INFERIOR DEL FRENILLO DE LA LENGUA, CAMBIA DE DIRECCION Y VA HACIA ADELANTE Y ADENTRO HASTA EL BORDE INFERIOR DEL FRENILLO DE LA LENGUA, ALLI CAMBIA DE DIRECCION Y VA HACIA ADELANTE PARA DESEMBOCAR EN EL PISO DE LA BOCA. SU GROSOR ES MAYOR QUE EL DE STENON, ALCANZANDO DE DOS A CINCO MILIMETROS DE DIAMETRO SIENDO SU PUNTO MAS ESTRECHO EL ORIFICIO BUCAL.

GLANDULAS SUBLINGUALES.- SE LOCALIZAN EN EL PISO DE LA BOCA POR DEBAJO DE LA MUCOSA, TIENE FORMA DE ELIPSE, ESTAN

APLANADAS TRANSVERSALMENTE CON SU EJE MAYOR DIRIGIDO DE ATRAS HACIA ADELANTE Y DE AFUERA ADENTRO, NO ESTAN CONTENIDAS POR UNA CELDA, SE ENCUENTRAN ENVUELTAS POR TEJIDO CONJUNTIVO. POSEEN DOS CARAS, DOS BORDES Y DOS EXTREMIDADES. EL CONDUCTO DE BARTHOLIN NACE EN LA PARTE POSTERIOR DE LA GLANDULA, SU TRAYECTORIA VA HACIA ADELANTE Y ADENTRO, JUNTO AL CONDUCTO DE WARTHON. ES EL MAS VOLUMINOSO DE LOS MULTIPLES CONDUCTOS EXCRETORES DE LA GLANDULA.

## II.- CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

TODOS LOS EPITELIOS ESTAN FORMADOS POR CELULAS CONTIGUAS ENLAZADAS Y SOSTENIDAS POR TEJIDO CONJUNTIVO (este tejido proviene del mesénquima, derivado del mesodermo), DE AHI RECIBE LOS ELEMENTOS NUTRITIVOS A PARTIR DE LOS CAPILARES.

POR LO GENERAL LAS GLANDULAS SE CLASIFICAN EN EXOCRINAS Y ENDOCRINAS.

EXOCRINAS.- TODAS LAS GLANDULAS EXOCRINAS MULTICELULARES TIENEN DOS COMPONENTES EPITELIALES PRINCIPALES: a) GRUPOS DE CELULAS ESPECIALIZADAS LLAMADAS UNIDADES SECRETORAS Y b) CONDUCTOS TUBULARES QUE LLEVAN SUS SECRECIONES HASTA LA SUPERFICIE CUBIERTA POR EPITELIO.

LAS CELULAS DE LOS CONDUCTOS PUEDEN LLEGAR A MODIFICAR LA CONCENTRACION DE LAS SECRECIONES, LOS COMPONENTES PRINCIPALES DE LA SECRECION SON GENERALMENTE PROTEINAS O GLUCOPROTEINAS QUE SINTETIZAN LAS CELULAS SECRETORIAS. <sup>(1)</sup>

LAS GLANDULAS EXOCRINAS SE CLASIFICAN EN CUATRO CATEGORIAS:

1.- GLANDULAS SIMPLES Y COMPUESTAS.- POR CONTAR CON UN CONDUCTO UNICO SIN RAMIFICACIONES SE LE DENOMINA -SIMPLES- (glándulas sudoríparas). CUANDO PRESENTA UN SISTEMA DE CONDUCTOS RAMIFICADOS PARTIENDO DE UNA SERIE DE UNIDADES SECRETORIAS SE LE LLAMA GLANDULA COMPUESTA (hígado y pán-

creas).

2.- GLANDULAS TUBULARES, ACINARES Y ALVEOLARES.- SE LES DENOMINA TUBULARES POR POSEER UNIDADES SECRETORIAS TUBULARES PERO SI ESTAS UNIDADES SON MAS REDONDEADAS SE LES LLAMA ACINARES O ALVEOLARES. SI LAS GLANDULAS CONTIENEN UNIDADES SECRETORIAS TUBULARES Y ALVEOLARES, O UNIDADES CON CARACTERISTICAS DE CADA UNO SE LES DENOMINA TUBULOALVEOLARES.

3.- GLANDULAS MUCOSAS, SEROSAS Y MIXTAS.- LAS GLANDULAS MUCOSAS PRODUCEN MOCO (glucoproteína viscosa), LAS SEROSAS SECRETAN COMUNMENTE ENZIMAS DE TIPO SEROSO ACUOSO Y LAS MIXTAS POSEEN AMBAS SECRECIONES.

4.- GLANDULAS MEROCRINAS Y HOLOCRINAS.- LAS MEROCRINAS LIBERAN SU CONTENIDO MEDIANTE EXOCITOSIS. CASI LA MAYORIA DE LAS GLANDULAS EXOCRINAS SON DE ESTE TIPO (el componente acinar del páncreas). LAS GLANDULAS HOLOCRINAS, SU FUNCION CONSISTE EN QUE SE SACRIFICAN CELULAS COMPLETAS PARA PRODUCIR SU SECRECION (las glándulas sebáceas). LA REGULACION DE LA ACTIVIDAD SECRETORIA DE LAS GLANDULAS EXOCRINAS ES MEDIANTE IMPULSOS NERVIOSOS, Y TAMBIEN POR CIERTAS HORMONAS.

LA ORGANIZACION HISTOLOGICA DE LAS GLANDULAS EXOCRINAS RELEVA LA EXISTENCIA DE MECANISMOS PARA LA SINTESIS Y TRANSPORTE DE PROTEINAS Y EL TRANSPORTE DE AGUA Y ELECTRO

## LITOS.

LAS GLANDULAS SALIVALES SE ORGANIZAN ALREDEDOR DE UN SISTEMA DE CONDUCTOS RAMIFICADOS QUE LLEVAN LA SECRECION HAS TA LA CAVIDAD BUCAL. LAS CELULAS SECRETORAS SE DISPONEN COMO ACINOS O PIEZAS TERMINALES SECRETORAS, ALREDEDOR DE LAS RAMAS MAS PEQUEÑAS DE LOS CONDUCTOS, FORMANDOSE ASI NUMEROSOS LOBULILLOS, QUE SE CONSIDERAN COMO UNIDADES SECRETORAS. CADA ACINO ESTA DELIMITADO POR UNA MEMBRANA BASAL BIEN DEFINIDA Y POSEE DOS TIPOS DE SECRECION, LA TIPO SEROSA Y LA TIPO MUCOSA. LA GLANDULA PAROTIDA ESTA FORMADA EXCLUSIVAMENTE POR ACINI SEROSOS, MIENTRAS LAS GLANDULAS SUBMANDIBULAR Y SUBLINGUALES CONTIENEN ACINI DE AMBOS TIPOS. EN LA GLANDULA SUBMANDIBULAR, LAS CELULAS SEROSAS SOBREPASAN EN NUMERO A LAS MUCOSAS MIENTRAS QUE EN LAS GLANDULAS SUBLINGUALES OCURRE LO OPUESTO. (2)

LOS ELEMENTOS EPITELIALES DE UNA GLANDULA EXOCRINA COMPUESTA FORMAN SU PARENQUIMA, MIENTRAS QUE EL TEJIDO CONJUNTIVO CONSTITUYE SU ESTROMA. TODA LA GLANDULA ESTA CERRADA EN UNA FUERTE CAPSULA EL TEJIDO CONJUNTIVO FIBROSO. LOS TABIQUES DE ESTE TEJIDO SON CONTINUACION DE CAPSULA FIBROSA; LA SOSTIENEN INTERNAMENTE Y SUBDIVIDEN SU PARENQUIMA. EN LAS GLANDULAS COMPUESTAS, SUS SEGMENTOS PUEDEN VERSE AL MICROSCOPIO Y SE DENOMINAN LOBULILLOS. LOS TABIQUES INTERLOBULARES SEPARAN LOS LOBULOS, MIENTRAS QUE LOS TABIQUES INTERLOBULARES SEPARAN A LOS LOBULILLOS. LOS TA

LOS TABIQUES FIBROSOS SOSTIENEN LAS RAMAS PRINCIPALES DEL SISTEMA DE CONDUCTOS Y CONVERGEN HACIA DONDE EL CONDUCTO PRINCIPAL ABANDONA LA GLANDULA.

LOS CONDUCTOS INTERLOBULARES QUE SE EXTIENDEN A LO LARGO DE TABIQUES INTERLOBULARES FIBROSOS PRESENTAN, GENERAL--  
MENTE, SECCIONES BASTANTE MARCADAS. LOS CONDUCTOS INTRA--  
LOBULARES QUE ESTAN DENTRO DE LOS LOBULOS TIENEN UNA LUZ  
MAS PEQUEÑA Y UN REVESTIMIENTO EPITELIAL MAS DELGADO. LA  
CANTIDAD DE TEJIDO CONJUNTIVO DONDE SE ENCUENTRAN ALOJA--  
DOS ES SUSTANCIALMENTE MENOR. EL DELICADO TEJIDO CONJUN--  
TIVO SITUADO ENTRE LAS UNIDADES SECRETORIAS DE LA GLANDU--  
LA CONSTITUYE EL RESTO DEL ESTROMA.

LOS LOBULILLOS GLANDULARES SON DE FORMA COMPLEJA, APROXI--  
MADAMENTE POLIGONALES, SEPARADOS ENTRE SI POR SEPTOS DE  
TEJIDO CONJUNTIVO. LOS TABIQUES DE TEJIDO CONJUNTIVO DE  
MAYOR GROSOR PUEDEN REUNIR VARIOS LOBULILLOS EN CAMPOS DE  
MAYOR TAMAÑO -LOS LOBULOS-.

LA DIVISION DE LOS LOBULILLOS TIENE UNA DOBLE SIGNIFICA--  
CION, POR UN LADO AUMENTA LA PLASTICIDAD DEL ORGANO SOME--  
TIDO A INFLUENCIAS MECANICAS, DADO QUE LOS LOBULILLOS PUE--  
DEN DESLIZARSE UNOS SOBRE OTROS, Y POR OTRO LADO LOS LOBU--  
LILLOS SON TERRITORIOS PROVISTOS DE UNA CIERTA INDEPENDEN--  
CIA FUNCIONAL.

LOS CONDUCTOS EXCRETORES DISCURREN FUERA DE LOS LOBULI--  
LLOS Y SE EXTIENDEN SOLAMENTE POR UN CORTO TRAYECTO EN SU

INTERIOR Y PENETRAN EN LOS SEPTOS JUNTO CON LOS VASOS DE CIERTO CALIBRE. SU PARED ESTA CONSTITUIDA POR UNA CAPA DE EPITELIO CUBICO DE DOS HILERAS DE CELULAS, RODEADAS POR UNA LAMINA BASAL QUE A SU VEZ POSEE UNA RED DENSA DE FIBRAS RETICULARES Y SE LOCALIZA A TODO LO LARGO HASTA LOS SEGMENTOS TERMINALES.

ENTRE ZONAS BASALES DE LAS CELULAS ALTAS SE ENCUENTRAN CELULAS DE RESERVA QUE TIENEN COMO FUNCION REEMPLAZAR A LAS CELULAS CILINDRICAS DESPRENDIDAS.

LA PARTE DE LOS CONDUCTOS PROXIMO A LA MUCOSA ORAL, ESTA REVESTIDA EN SU MAYOR PARTE POR UN EPITELIO CILINDRICO ESTRATIFICADO. EL INTERIOR DE LOS LOBULILLOS Y SU PRO--LONGACION DE PEQUEÑOS CONDUCTOS EXTERIORES SE CONSTITU--YEN POR TUBOS SECRETORES GRUESOS Y RAMIFICADOS. LAS CELULAS DEL EPITELIO CILINDRICO BAJO, PRESENTAN ESTRIACIONES MUY DESARROLLADAS PERPENDICULARES A LA MEMBRANA BA--SAL Y ESTO SE DEBE A LA PRESENCIA DE MITOCONDRIAS, POR ESTA RAZON SE LES DENOMINA CONDUCTOS ESTRIADOS.

LOS CONDUCTOS INTERCALARES, ENTRE EL TUBO SECRETOR Y EL SEGMENTO TERMINAL, TIENEN UNA ESTRUCTURA VARIADA, EN OCASIONES SON TUBITOS DELICADOS DE LUZ MUY ESTRECHA Y CON UN EPITELIO CUBICO BAJO (glándula parótida) Y OTROS SON TUBITOS CON UNA LUZ AMPLIA CUYAS CELULAS EPITELIALES SE HAN TRANSFORMADO EN ELEMENTOS GRUESOS QUE SECRETAN MUCINA (glándula sublingual). AL FINAL DE LOS CONDUCTOS

INTERCALARES SE ENCUENTRAN LAS PORCIONES TERMINALES DE LAS GLANDULAS SEROSAS. TIENEN FORMA SIMILAR A UNA UVA, PENDIENTES DE UN ESTRECHO PEDICULO EN EL RACIMO. TIENEN UN EPITELIO FORMADO POR CELULAS PIRAMIDALES CUYO POLO APICAL ES ROMO. ESTE POLO APICAL CONTIENE GRANULOS SECRETORES QUE VARIAN SEGUN SU ESTADO FUNCIONAL. EL ACINI ESTA DELIMITADO POR UNA MEMBRANA BIEN DEFINIDA Y CONTIENE DOS TIPOS DE CELULAS: SEROSAS O MUCOSAS.

LAS CELULAS SEROSAS OBSERVADAS AL MICROSCOPIO DE LUZ PRESENTAN FORMA PIRAMIDAL, CON NUCLEOS BASALES BASOFILOS Y SU CITOPLASMA APICAL CONTIENE GRANULOS DE SECRECION QUE VARIAN EN NUMERO DE ACUERDO AL ESTADO FUNCIONAL. ESTAS CELULAS OCUPAN EL FONDO DEL SACO ACINAR Y ASI, LAS CELULAS FORMAN GRUPOS BASOFILOS CON FORMA DE MEDIA LUNA O SEMILUNAS (glándulas submandibular) PARECEN ESTAR SEPARADAS DE LA LUZ DEL ACINI POR CELULAS MUCOSAS, PERO EN REALIDAD ESTAN CONECTADAS DIRECTAMENTE CON LA LUZ DEL ACINI, Y ESTOS SON EXTENSIONES DE LA LUZ DEL ACINI QUE LLEGAN A PENETRAR PROFUNDAMENTE ENTRE LAS CELULAS SEROSAS.

LAS CELULAS MUCOSAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES PUEDEN SER CONSIDERADAS COMO VARIACIONES DE LA CELULA CALICIFORME INTESTINAL, EL CITOPLASMA PUEDE ESTAR LLENO DE NUMEROSAS GOTAS DE MUCIGENO. ESTAS GOTAS REACCIONAN INTENSAMENTE CON LA TECNICA DEL ACIDO PERYODICO-SHIFF (PAS). ALGUNAS CELULAS MUCOSAS PRODUCEN SULFOMUCINA (glándula sublingual)

MIENTRAS OTRAS PRODUCEN SIALOMUCINA Y MEZCLA DE AMBAS (glándula submandibular) LA ULTRAESTRUCTURA DE LA CELULA CALCIFORME, LA MAYOR PARTE DEL CITOPLASMA ES SUBNUCLEAR Y ESTA OCUPADO POR GOTAS DE SECRECIÓN DERIVADAS DEL GRAN COMPLEJO DE GOLGI.

LA PIEZA TERMINAL SECRETORA PUEDE ESTAR COMPUESTA POR CE LULAS MUCOSAS O SEROSAS EXCLUSIVAMENTE O TAMBIEN CON AMBOS TIPOS DE CELULAS.

LAS CELULAS MUCOSAS SE LOCALIZAN MAS CERCA DE LA ABERTURA DEL SEGMENTO INICIAL (conducto intercalar).

EXISTE OTRO COMPONENTE DEL ACINI DENOMINADO CELULA MIOEPI-  
TELIAL O ELEMENTO CONTRACTIL, ESTAS CELULAS TIENEN UNA  
FORMA MUY PARTICULAR, SON APLANADAS CON LARGAS PROLONGA-  
CIONES CELULARES QUE SE EXTIENDEN ALREDEDOR DE LA SUPER-  
FICIE EXTERNA DEL ACINI TOMANDO FORMA DE CANASTO. LAS  
CELULAS MIOEPITELIALES SE LOCALIZAN ENTRE LAS CELULAS SE  
CRETORAS Y LA MEMBRANA BASAL. POR SU FORMA ESTRELLADA  
ES DIFICIL DE CONFIRMAR EN LOS CORTES HISTOLOGICOS COMU-  
NES. LA ULTRAESTRUCTURA DE LAS CELULAS MIOEPITELIALES  
SE ASEMEJA A LAS DE LAS CELULAS MUSCULARES LISAS.

EL ORDENAMIENTO DE LAS CELULAS MIOEPITELIALES AL IGUAL  
QUE SUS CARACTERISTICAS ULTRAESTRUCTURALES, SUGIERE SU  
PARTICIPACION EN EL MOVIMIENTO DE LA SECRECIÓN PRIMARIA.

#### GLANDULA PAROTIDA

ESTA GLANDULA CONTIENE UN ARBOL GLANDULAR EXCLUSIVAMENTE

CON SEGMENTOS TERMINALES SEROSOS PARCIALMENTE RAMIFICADOS Y PROVISTOS DE UNA LUZ ESTRECHA. LOS SEGMENTOS INTERCALARES QUE CONTIENE SE ENCUENTRAN BIEN DESARROLLADOS, CON UNA LONGITUD DE 200 A 300  $\mu\text{m}$ . Y SE BIFURCAN VARIAS VECES. LOS CONDUCTOS SECRETORIOS RAMIFICADOS ESTAN BIEN DESARROLLADOS Y REVESTIDOS POR EPITELIO CUBICO ESTRATIFICADO CON DOS HILERAS DE CELULAS. ESTOS TUBOS SE CONTINUAN CON LOS CONDUCTOS EXCRETORES INTERLOBULILLARES QUE TAMBIEN POSEEN UN EPITELIO CILINDRICO CON DOS HILERAS DE CELULAS. SU MEMBRANA BASAL ESTA RODEADA POR UNA RED DE FIBRAS ELASTICAS. EN EL EPITELIO DE LOS CONDUCTOS EXCRETORES SE OBSERVAN ALGUNAS CELULAS CALICIFORMES.

LA PARED DEL CONDUCTO PAROTIDEO ESTA FORMADA POR UN EPITELIO CILINDRICO ESTRATIFICADO, Y EN EL TEJIDO CONJUNTIVO INTERLOBULILLAR SOBRE TODO EN EL INTERIOR DE LOS LOBULILLOS, EXISTEN PEQUEÑOS GRUPOS DE CELULAS ADIPOSAS.

LAS CELULAS MIOEPITELIALES EXISTEN ENTRE LA MEMBRANA BASAL Y EL EPITELIO SECRETOR.

#### GLANDULA SUBMANDIBULAR

ES UNA GLANDULA MIXTA, CON ACINI SEROMUCOSOS Y SEMILUNAS QUE PREDOMINAN SOBRE LOS ACINOS MUCOSOS PUROS. LA PROPORCION VARIA EN CADA LOBULILLO Y ALGUNOS TIENEN UN PREDOMINIO DE ACINOS MUCOSOS. CONTIENE PRINCIPALMENTE SEGMENTOS TERMINALES SEROSOS QUE SON LA CONTINUACION DE SEGMENTOS INTERCALARES CORTOS Y NO RAMIFICADOS O DE SEGMENTOS

INTERCALARES LARGOS MUY RAMIFICADOS, QUE SE TRANSFORMAN EN LOS CONDUCTOS DE TIPO MUCOSO, DEBIDO A ESTE PROCESO LOS SEGMENTOS TERMINALES QUEDAN REDUCIDOS A UNA ESPECIE DE CAPERUZA LA QUE DA IMAGEN DE SEMILUNAS SEROSAS. SE ENCUENTRAN CELULAS MIOEPITELIALES RAMIFICADAS EN LOS SEGMENTOS TERMINALES Y EN LOS CONDUCTOS MUCOSOS. EL EPI TELIO COLUMNAR DEL CONDUCTO DE ESTA GLANDULA TIENE DOS HILERAS DE CELULAS Y EN ALGUNOS TRENCHOS, ESTA ESTRATIFICADO.

#### GLANDULAS SUBLINGUALES

PRESENTAN SECRECION DE TIPO MIXTO, ESTAN CONSTITUIDAS POR ACINOS SEROSOS Y MUCOSOS CUYA SECRECION MUCOSA PREDOMINA SIENDO LA SULFOMUCINA EL COMPONENTE PRINCIPAL DE SU ABUNDANTE SECRECION, Y ESTA SE ELIMINA POR LOS CONDUCTOS INTRALOBULILLARES Y EXTRALOBULILLARES. LAS CELULAS SEROMUCOSAS CONTIENEN GRAN CANTIDAD DE SIALOMUCINA.

### III.- FISILOGIA

LAS GLANDULAS PAROTIDAS, SUBMANDIBULARES Y SUBLINGUALES ELABORAN LA MAYOR PARTE DE LA SALIVA. LAS PRIMERAS CONTIENEN LA ENZIMA AMILASA SALIVAL (ptialina), LAS SUBSIGUIENTES CONTIENEN MOCO Y ALGUNOS DESECHOS CELULARES Y BACTERIANOS.

ALGUNAS FUNCIONES DE LA SALIVA:

- LUBRICA LA MUCOSA ORAL Y LOS LABIOS.
- HACE EL ENJUAGUE DE LA BOCA ARRASTRANDO CONSIGO PARTICULAS ALIMENTICIAS Y DESECHOS CELULARES.
- HUMEDECE LOS ALIMENTOS INGERIDOS PARA DARLE UNA CONSISTENCIA SEMISOLIDA PARA UNA DEGLUCION FACIL.
- AMORTIGUA LA ACIDEZ NATURAL DE LA BOCA.

LA SECRECION SALIVAL ES UNA RESPUESTA REFLEJA A ESTIMULOS COMO LA OLFACION O DEGUSTACION DE LOS ALIMENTOS. SU ESTIMULACION CORRESPONDE A IMPULSOS EFERENTES DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO. LA ESTIMULACION PARASIMPATICA ORIGINA UNA ESTIMULACION ACUOSA Y ABUNDANTE, MIENTRAS QUE LA SIMPATICA (frecuentemente debida al estres) DA LUGAR A LA FORMACION DE VOLUMENES DE SECRECION VISCOSA.

LA ACTIVIDAD QUE PRESENTAN LAS CELULAS MIOEPITELIALES Y SECRETORAS, ESTA SUJETA A LA REGULACION POR EL SISTEMA

NERVIOSO AUTONOMO.

LA PRODUCCION DIARIA DE LA SALIVA OSCILA ENTRE LITRO Y LITRO Y MEDIO, LA SALIVA CONSTA DE DOS TIPOS SEROSA Y MUCOSA, LA FRACCION SEROSA CONTIENE AMILASA QUE CONTRIBUYE A LA DIGESTION DE ALMIDONES. LA FRACCION MUCOSA SE ENCARGA DE LA LUBRICACION.

LAS GLANDULAS PAROTIDAS SECRETAN LA FRACCION SEROSA, LAS SUBMANDIBULARES SECRETAN FRACCIONES SEROSAS Y MUCOSAS PREDOMINANDO LA SECRECION SEROSA Y LAS SUBLINGUALES SON MIXTAS, PERO SU MAYOR PRODUCCION ES MUCOSA.

LA SALIVA TIENE UN PH ENTRE 6.0 Y 7.0.

#### GLANDULAS SALIVALES MENORES

SE LOCALIZAN EN TODA LA EXTENSION DE LA MUCOSA ORAL, EXCEPTO EN LA ENCIA, EL PALADAR DURO Y ALGUNAS ZONAS DEL PALADAR BLANDO. SON GLANDULAS PURAMENTE MUCOSAS O MIXTAS DE PREDOMINIO MUCOSO, SIRVEN PARA HUMEDECER LAS DISTINTAS REGIONES:

- LOS LABIOS (glándulas labiales, tipo mixto).
- LOS CARRILLOS (glándulas bucales, tipo mixto).
- EL PALADAR (glándulas palatinas, tipo mucoso).
- PISO DE BOCA (glándulas sublinguales menores, tipo mixto).

#### IV. CLASIFICACION DE NEOPLASIAS EN GLANDULAS SALIVALES. (3)

##### I.- NEOPLASIAS EPITELIALES

###### A.- ADENOMAS:

1.- ADENOMA PLEOMORFO (TUMOR MIXTO).

2.- ADENOMAS MONOMORFOS.

a) ADENOLINFOMA.

b) ADENOMA OXIFILICO.

c) OTROS TIPOS.

B.- CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE.

C.- CARCINOMA DE CELULAS ACINOSAS.

###### D.- CARCINOMAS:

1.- CARCINOMA ADENOIDE O QUISTICO.

2.- ADENOCARCINOMA.

3.- CARCINOMA EPIDERMIOIDE.

4.- CARCINOMA INDIFERENCIADO.

5.- CARCINOMA EN UN ADENOMA PLEOMORFO.

(TUMOR MIXTO MALIGNO O CARCINOMA EX-

ADENOMA PLEOMORFO).

##### II.- NEOPLASIAS NO EPITELIALES

##### III.- NEOPLASIAS NO CLASIFICADAS

##### IV.- LESIONES AFINES

A.- LESION LINFOEPITELIAL BENIGNA

B.- SIALOSIS

C.- ONCOCITOSIS

#### V.- DESCRIPCION CLINICA DEL ADENOMA PLEOMORFO.

EN EL GRUPO DE GLANDULAS SALIVALES MAYORES, LA PAROTIDA ES LA QUE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EL ADENOMA PLEOMORFO ESTO REPRESENTA EL 90% DE LOS TUMORES LOCALIZADOS EN ESTE TIPO DE GLANDULAS. ESTA NEOPLASIA GLANDULAR PUEDE PRESENTARSE NO OBSTANTE, EN CUALQUIERA DE LAS GLANDULAS PRINCIPALES O ACCESORIAS DISTRIBUIDAS EN TODA LA BOCA. (4)

SE PRESENTA FRECUENTEMENTE MAS EN MUJERES QUE EN HOMBRES, CON UNA RELACION APROXIMADA DE 6:4. LA GRAN PARTE DE LAS LESIONES SE DAN EN PACIENTES ENTRE LA CUARTA Y SEXTA DECADAS, PERO TAMBIEN SON RELATIVAMENTE COMUNES EN ADULTOS JOVENES Y SE SABE QUE APARECEN EN NIÑOS. (4)

EL PACIENTE REFIERE LA APARICION DE UN NODULO PEQUEÑO INDOLORO E INACTIVO, TIENE UN CRECIMIENTO LENTO E INTERMITENTE. ESTA LESION SUELE SER NODULAR IRREGULAR, DE CONSISTENCIA FIRME, SIN CAMBIOS DE COLOR, AUNQUE A VECES SE PALPAN ZONAS DE DEGENERACION QUISTICA CUANDO SON SUPERFICIALES. EL ADENOMA PLEOMORFO PRINCIPALMENTE DE LA GLANDULA PAROTIDA SE DESARROLLA JUSTO DELANTE O DEBAJO DEL LOBULO DE LA OREJA, ES TÍPICAMENTE, UNA LESION QUE NO PRESENTA FIJACION A LOS TEJIDOS MAS PROFUNDOS NI A LA PIEL QUE LO CUBRE; AL MANIPULARLO SE MUEVE LIBREMENTE DEBAJO DE LA PIEL SUGIRIENDO UN TUMOR ENCAPSULADO Y NO INVASIVO. ES

RARO QUE LA PIEL SE ULCERE A PESAR DE QUE ESTOS TUMORES PUEDEN ALCANZAR UN GRAN TAMAÑO DE VARIAS LIBRAS DE PESO. EL DOLOR NO ES UN SINTOMA COMUN DEL ADENOMA PLEOMORFO, PERO ES FRECUENTE EL MALESTAR LOCAL, COMO SENSACION DE PRESION, COMO DOLOR DE OIDO. LA LESION DEL NERVIO FACIAL QUE SE MANIFIESTA COMO PARALIS FACIAL ES RARA, COMO SE PODRIA ESPERAR DE UN TUMOR BENIGNO DE LA GLANDULA PAROTIDA. (4)

LAS GLANDULAS PALATINAS ES LA LOCALIZACION BUCAL MAS FRECUENTE DE ESTE TIPO DE NEOPLASIAS, ASI COMO LAS GLANDULAS DE LOS LABIOS Y, OCASIONALMENTE, SE PRESENTA EN OTROS SITIOS, EXCEPTO POR EL TAMAÑO, LA LESION INTRABUCAL NO DIFIERE EN FORMA NOTABLE DEL ADENOMA PLEOMORFO QUE SE PRESENTA EN LAS GLANDULAS PRINCIPALES.

EL ADENOMA PLEOMORFO LOCALIZADO EN EL PALADAR PUEDE ENCONTRARSE FIJO AL HUESO SUBYACENTE PERO NO ES INVASOR. (5) ES UNA DE LAS NEOPLASIAS MAS COMUNES DEL PALADAR BLANDO Y DEL VELO DEL PALADAR, SE PRESENTA GENERALMENTE A LOS LADOS DE LA LINEA MEDIA Y RARAS VECES SOBRE ESTA. EXISTEN PRESENTACIONES VARIABLES DE SU MASA Y CONSISTENCIA, PUEDE PRESENTAR UN CUADRO SIMILAR A UN FIBROMA DURO O BLANDO. ESTA NEOPLASIA PUEDE ALCANZAR SUFICIENTE TAMAÑO COMO PARA DESPLAZAR A LOS DIENTES. (5)

EL ADENOMA PLEOMORFO DE LAS GLANDULAS SALIVALES ACCESORIAS INTRABUCALES RARAS VECES SE DEJA QUE ALCANCE UN TA-

MAÑO MAYOR A UNO O DOS CENTIMETROS, DEBIDO A QUE ESTE TUMOR DIFICULTA LA MASTICACION, LA FONACION Y LA RESPIRACION DEL PACIENTE. ESTA NEOPLASIA PUEDE ORIGINARSE EN OTROS TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA, COMO LOS LABIOS, MUCOSA BUCAL Y PLIEGE MUCOBUCAL. (5)

EN EL LABIO, EL TUMOR CLINICAMENTE SE PRESENTA COMO UNA MASA PROFUNDAMENTE EMPOTRADA, REDONDA, DE SUPEFICIE LISA Y CONSISTENCIA FIRME, CON MOVILIDAD LIBRE DEBAJO DE LA PIEL O DE LAS MUCOSAS. LA NEOPLASIA SUELE SER UNILATERAL, PERO SE HAN PRESENTADO CASOS DE LESIONES BILATERALES. (5)

LA MAYOR PARTE SON UNICENTRICAS, PERO CUANDO REINCIDEN SON MULTICENTRICAS. (5)

CLINICAMENTE LA DIFERENCIACION ENTRE BENIGNO Y MALIGNO ES LA RAPIDEZ DE SU CRECIMIENTO, LOS TUMORES BENIGNOS SON DE CRECIMIENTO LENTO Y CONTINUO PERO EN OCASIONES INTERMITENTE, UN CRECIMIENTO RAPIDO ES SOSPECHOSO DE UNA NEOPLASIA MALIGNA. EL DOLOR SE ASOCIA A LAS DOS NEOPLASIAS Y ES EL RESULTADO DE LA INVASION EN EL INTERIOR DE LA CAPSULA FIBROSA DE LA GLANDULA LO QUE COMPRIME LAS FIBRAS NERVIOSAS EN ESTA AREA. (5)

LAS CARACTERISTICAS INVASORAS DE LOS TUMORES MALIGNOS DETERMINAN LA FIJACION DE LAS MASAS A LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES Y AL PALPARLOS SE COMPRUEBA GENERALMENTE QUE SON FIRMES. (5)

## VI.- CARACTERISTICAS AL MICROSCOPIO DE LUZ

EN ESTAS LESIONES EXISTE UNA MAYOR VARIACION QUE EN LA MA  
YORIA DE LOS OTROS TIPOS DE TUMORES DE LAS GLANDULAS SALI  
VALES, Y LA DIVERSIDAD HISTOLOGICA EN ESTAS NEOPLASIAS ES  
TIPICA, ES RARO ENCONTRAR QUE LOS CASOS INDIVIDUALES SEAN  
SEMEJANTES.

ALGUNAS ZONAS PRESENTAN CELULAS CUBOIDEAS DISPUESTAS EN  
ESTRUCTURAS TUBULARES O DUCTIFORMES, TENIENDO UNA NOTABLE  
SEMEJANZA CON EL EPITELIO NORMAL DEL CONDUCTO. A VECES  
LOS ESPACIOS DUCTIFORMES CONTIENEN UN COAGULO EOSINOFILO.  
SUELE HABER PROLIFERACION EPITELIAL EN CORDONES O CAPAS  
ALREDEDOR DE ESTAS ESTRUCTURAS TUBULARES.

EN OTRAS ZONAS, LAS CELULAS TUMORALES ADOPTAN UNA FORMA  
ESTRELLADA POLIEDRICA O AHUSADA Y PUEDEN SER RELATIVAMEN  
TE ESCASAS. ES COMUN LA PRESENCIA DE CELULAS EPITELIA--  
LES QUERATINIZADAS Y TIPICOS PUENTES INTERCELULARES Y A  
VECES VERDADERAS PERLAS DE QUERATINA. EL MATERIAL MIXOI  
DE LAXO ES UN RASGO PREDOMINANTE DE LA LESION, SON COMU--  
NES LOS FOCOS DE TEJIDO CONJUNTIVO HIALINIZADO O MATERIAL  
DE ASPECTO CARTILAGINOSO Y HASTA HUESO. Y ES POSIBLE OB  
TENER POR ZONAS, UN MATERIAL MUCOIDE ORIGINADO EN LAS CE  
LULAS EPITELIALES. (4)

EL TUMOR SIEMPRE ESTA ENCAPSULADO, AUNQUE EN LA CAPSULA  
DE TEJIDO CONJUNTIVO ES FRECUENTE LA PRESENCIA DE CELULAS

#### TUMORALES. (4)

SE PRESENTAN DOS TIPOS DE CELULAS QUE DETERMINAN SU ESTRUCTURA PLEOMORFA: SE OBSERVA UNA HILERA INTERNA DE CELULAS EPITELIALES QUE CONTIENE TODAS LAS FORMAS DE CRECIMIENTO (cuboidales, alargadas y escamosas); Y UNA CAPA EXTERNA DELGADA DE CELULAS MIOEPITELIALES, CUYA HISTOGENESIS ES EPITELIAL. (6)

EN OCASIONES PUEDE PARECER QUE EL TUMOR SEA DE ORIGEN CONJUNTIVO, SUS ESPACIOS INTERCELULARES ESTAN RELLENOS DE SUSTANCIA INTERCELULAR Y DE PSEUDOMUCINA DEL TEJIDO CONJUNTIVO, YA QUE EN ALGUNOS SE CALCIFICAN E INCLUSO OSIFICAN Y EXISTE A MENUDO FORMACION DE PSEUDOCARTILAGO. (6)

ESTE TUMOR PRESENTA IMAGENES HISTOLOGICAS FORMADAS POR TEJIDO GLANDULAR Y CONJUNTIVO. (6)

EL ESTROMA ESTA FORMADO POR COLAGENO Y TEJIDO FIBROSO LAXO ESCASOS. EL ESTROMA PRESENTA UNA GRAN VARIEDAD DE DISPOSICIONES MUCOIDES, MIXOMATOSAS, PSEUDOCARTILAGINOSAS, HIALINAS Y RETICULARES; PUEDEN ESTAR INCRUSTADOS DEPOSITOS CALCIFICADOS EN EL ESTROMA HIALINO. (6) LA FIBROSIS ES TAN VARIABLE COMO LA OSIFICACION.

EL ADENOMA MIOEPITELIAL FUE DESGLOSADO EN DOS TUMORES MIXTOS: (6)

- UNO DE CELULAS EN FORMA DE HUSO, DISPUESTAS EN FORMA DE UNA INTRINCADA RED.
- OTRO DE CELULAS CUBOIDALES DISPUESTAS DE MODO TUBULAR RODEADAS DE CELULAS MIOEPITELIALES.

## VII.- CARACTERISTICAS AL MICROSCOPIO ELECTRONICO

VISTOS AL MICROSCOPIO ELECTRONICO LOS ACINI Y LOS CONDUCTOS O FOLICULOS GLANDULARES TIENEN SEMEJANZA A LOS NORMALES, AUMENTADOS EN NUMERO Y TAMAÑO. SE OBSERVAN CELULAS BIEN DIFERENCIADAS Y POLARIZADAS QUE POCAS VECES FORMAN VARIAS CAPAS, EL CITOPLASMA PUEDE MOSTRAR SU SECRECION. GENERALMENTE LAS CELULAS SON CUBICAS, CON NUCLEOS VESICULARES Y CROMATINA NORMAL LIGERAMENTE HIPERCROMICA. SE PUEDE OBSERVAR MITOSIS NORMALES, ESCASAS O AUSENTES. EL ESTROMA ES ESCASO Y FIBRILAR. (7)

EN ALGUNOS ADENOMAS PLEOMORFOS, LAS CELULAS DEL TUMOR, ESTRUCTURALMENTE TIENEN DIVERSOS GRADOS DE CARACTERISTICAS EPITELIALES CON PROMINENCIAS INTRACITOPLASMATICAS Y MICROFILAMENTOS, PRESENTANDO UNA APARIENCIA SEMEJANTE AL MIOEPITELIO, MIENTRAS QUE EN OTROS CASOS LAS AREAS MIXOIDES CONTIENEN CELULAS DE TIPO RELATIVAMENTE INDIFERENCIADAS. (8)

LAS CELULAS EPITELIALES NEOPLASICAS SE PARECEN A LAS CELULAS DE LOS CONDUCTOS INTERCALARES Y A LAS CELULAS MIOEPITELIALES. EN LAS REGIONES CONDROIDES DEL ADENOMA PLEOMORFO SE DESCRIBEN COMO UNA FINA ESTRUCTURA.

SE OBSERVA AL MICROSCOPIO ELECTRONICO UNA DIFERENCIACION DEL RETICULO ENDOPLASMICO CON VESICULAS Y DESINTEGRACION DE MITOCONDRIAS Y OTROS ORGANELOS. (6)

EL ADENOMA PLEOMORFO TAMBIEN PRESENTA CELULAS HIALINAS, LLAMADAS TAMBIEN COMO CELULAS PLASMACITOIDES, ESTA CELULA ES USUALMENTE DE FORMA OVOIDE Y CON UN NUCLEO FACIL DE OBSERVAR, SU CITOPLASMA ENTERO ESTA COMPUESTO POR NUMEROSOS FILAMENTOS SIN ORIENTACION APARENTE, ESTOS FILAMENTOS TIENEN UNA MEDIDA DE APROXIMADAMENTE DE 10 nm. DE DIAMETRO. LAS UNIONES INTERCELULARES ESTAN REPRESENTADAS POR DESMOSOMAS QUE SON MUY ESCASOS.

USANDO GLUTERALDHEIDO COMO MATERIAL DE FIJACION, HA REVELADO UNA ADICION DE CELULAS DE LOS CONDUCTOS CON CELULAS EPIDERMOIDES Y CON UN NUMERO VARIABLE DE CELULAS MIOEPITELIALES TIPICAS. EN LA PERIFERIA DEL CITOPLASMA DE LAS CELULAS MIOEPITELIALES CONTIENEN ABUNDANTES MICROFILAMENTOS DE 5 A 6 nm. DE DIAMETRO.

CASI TODO EL CITOPLASMA DE LAS CELULAS HIALINAS SE OBSERVAN COMO PAQUETES CON FILAMENTOS. ESTOS FILAMENTOS SE ACOMODARON AL AZAR EN ALGUNOS ORGANELOS (como en mitocondrias, retículo endoplásmico rugoso y en el aparato de Golgi), Y ESTABAN CONFINADOS A LA PERIFERIA DE LA CELULA. LOS FILAMENTOS MIDIERON APROXIMADAMENTE 10 nm. DE DIAMETRO Y CON EXTREMOS DE 8 A 12 nm.

LOS MICROFILAMENTOS Y CUERPOS DENSOS NO SE ENCONTRARON EN ESTAS CELULAS. (9)

SE OBSERVAN CAMBIOS INCLUYENDO LA FIBROSIS DE LOS TUMORES SALIVALES, EXISTEN ALTERACIONES EN EL TEJIDO CONECTIVO,

CAMBIOS HIALINOS, AGRUPACION DE LEUCOCITOS Y RARAMENTE METAPLASIA OSEA CARTILAGINOSA. EL TEJIDO COLAGENO SE INCREMENTA CON EL CAMBIO HIALINO QUE MUCHAS VECES SE DESARROLLAN ALREDEDOR DE LOS CONDUCTOS EPITELIALES QUE A SU VEZ TAMBIEN SE DESARROLLAN FILAMENTOS SOLIDOS ALREDEDOR DE LOS CONDUCTOS EPITELIALES, PRESENTANDO CARACTERISTICAS SIMILARES A UN CILINDROMA.

LA AGRUPACION DE LEUCOCITOS REACCIONAN CON FRECUENCIA EN ESTOS TUMORES MIXTOS, PERO APARECE A SU ALREDEDOR UNA MUCOSIDAD EXTRAVASADA. (10)

## VIII.- TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

### - TRATAMIENTO

PARA REALIZAR UN TRATAMIENTO ADECUADO ES NECESARIO CONTAR CON ANTERIORIDAD CON UN DIAGNOSTICO VERAZ Y COMPLETO.

PARA REALIZAR EL DIAGNOSTICO DE UN TUMOR MIXTO HAY QUE BASARSE EN LOS DATOS CLINICOS DESCRITOS PREVIAMENTE; ADEMAS DE LOS METODOS DE DIAGNOSTICO QUE A CONTINUACION SE PRESENTAN:

EXAMENES DE LABORATORIO.- SON INVARIABLEMENTE NECESARIOS PARA ESTABLECER UN DIAGNOSTICO DEFINITIVO.

SE REALIZAN ESTUDIOS SIALOGRAFICOS DE LOS TUMORES MIXTOS DE LA REGION AFECTADA.

TAMBIEN LA MUESTRA DE BIOPSIA ES IMPORTANTE, ESTA DEBE SER OBTENIDA POR UN CIRUJANO EXPERTO, PUESTO QUE ES NECESARIO REALIZAR ESTA TOMA POR VIA EXTRAORAL EN LA GLANDULA PAROTIDA, Y PARA EVITAR LA LESION DEL NERVI<sup>O</sup> FACIAL SE REQUIERE DE LA DESTREZA DEL ESPECIALISTA.

EL EXAMEN HISTOLOGICO DE LA PIEZA ES EL UNICO MEDIO DE IDENTIFICACION DE ESTOS TUMORES Y DE SUS VARIEDADES, QUE INCLUSIVE SE HAN HECHO DURANTE LA INTERVENCION QUIRURGICA, PERO DEBE TENERSE UN CONTROL DE CALIDAD HISTOLOGICA, TAL COMO:

- BUENA CALIDAD DE LA MUESTRA, TAMAÑO SUFICIENTE, BUENA ORIENTACION, MUESTRA EXTRAIDA LO SUFICIENTEMENTE PROFUNDA EVITANDO LAS ZONAS NECROSADAS.

- BUENA FIJACION: FORMOL, SIN SUERO FISIOLÓGICO NI CONSERVARLO EN REFRIGERACION.

CITOLOGIA POR PUNCION CON AGUJA FINA.- ESTA TECNICA CONSISTE EN LA EXTRACCION DE CELULAS DE UNA LESION NEOPLASICA, CON AGUJA FINA, TENIENDO COMO PARTICULARIDAD LA NO TRAUMATIZACION DEL AREA AFECTADA, NO EXISTE DOLOR NI SAN GRADO, NO ES NECESARIO ANESTESIAR Y ES MUCHO MAS RAPIDA Y SEGURA. (11)

EN EL TRATAMIENTO SE RECOMIENDA LA EXTIRPACION QUIRURGICA, LA REINCIDENCIA TUMORAL NO ES RARA, ESTO SE EXPLICA EN MUCHOS CASOS POR EL CARACTER INFILTRATIVO DE ALGUNOS ADENOMAS PLEOMORFOS, ASI COMO LA EXISTENCIA DE NODULOS SATELITES.

EN LA EXTIRPACION QUIRURGICA EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE CIRUJANOS, YA QUE ALGUNOS PREFIEREN ENUCLEAR EL TUMOR Y OTROS, PARTICULARMENTE EN LA REGION PAROTIDEA, PREFIEREN ELIMINAR TODO EL LOBULO AFECTADO.

PARA EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS TUMORES PAROTIDEOS BENIGNOS, LA ENUCLEACION NO ES BUENA, LA PAROTIDECTOMIA SI; PUESTO QUE LA ENUCLEACION SE GUIA POR UNA ALTA REINCIDENCIA. (12)

LA PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL FUE DESARROLLADA NO SOLO PROTEGIENDO AL NERVIJO FACIAL Y SUS RAMAS, SINO TAMBIEN LA ELIMINACION SEGUIDA DEL TUMOR CON LA ENVOLTURA COMPLETA DE LA PAROTIDA. ESTA TECNICA NO ES INMUNE PARA LA REINCIDENCIA.

DENCIA<sup>(13)</sup>, LA ENVOLTURA ES MUY FACIL DE ROMPER; EL TUMOR EN ESTAS SITUACIONES ES IRRITABLE. MUCHOS TUMORES ESTAN EN CONTACTO CON EL NERVIO, Y EN OCASIONES, LA RAMA DEL NERVIO ES SACRIFICADA, DICHA DISECCION DEBERA HACERSE CERCA DE LA CAPSULA. DEBIDO A LA POSICION ANATOMICA, EL TUMOR LOBULADO SE ENCUENTRA IGUALMENTE PROFUNDO Y RARAS VECES PUEDE SER REMOVIDO CON LA CUBIERTA COMPLETA DE LA PA  
 ROTIDA NORMAL.<sup>(14)</sup>

EN LAS NEOPLASIAS INTRABUCALES, ASOCIADAS A GLANDULAS ACCESORIAS, EL TRATAMIENTO ES LA REMOCION QUIRURGICA CON AMPLIOS MARGENES DE SEGURIDAD Y DEBE ESTAR INCLUIDO EL EPITELIO SUPERFICIAL, YA QUE NO POSEEN CAPSULA EN ESTE LIMITE.

- PRONOSTICO

LA RECIDIVA DE LOS ADENOMAS PLEOMORFOS BENIGNOS DE TODAS LAS LOCALIZACIONES SE PRESENTABAN COMUNMENTE, DEBIDO A QUE EN LA CAPSULA DE LA LESION, LAS CELULAS TUMORALES SON TAN FRECUENTES QUE PUEDEN QUEDAR PEQUEÑOS NODULOS EN EL TEJIDO DESPUES DE LA ENUCLEACION. SU RECIDIVA SE LE ATRIBUYE A LAS INADECUADAS TECNICAS QUIRURGICAS.<sup>(4)</sup>

MALIGNIZACION.- DEBIDO A QUE TIENE UNA RECIDIVA MAS FRECUENTE QUE OTROS ADENOMAS, EN ALGUNAS OCASIONES TIENDE A MALIGNIZARSE. LA CAUSA DE LA DEGENERACION MALIGNA ES DESCONOCIDA, PERO BASANDOSE EN LAS ESTADISTICAS SE DESCARTA LA POSIBILIDAD DE QUE LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS AN--

TERIORES LA PRODUZCAN. (6) LOS SIGNOS CLINICOS DE LA MALIGNIZACION EN ESTA NEOPLASIA SON:

- ACELERACION BRUSCA DEL CRECIMIENTO QUE PUEDE INICIARSE AL CABO DE 10 A 30 AÑOS DE DURACION.
- LA IRREGULARIDAD DE LA SUPERFICIE DEL TUMOR Y DE SU ADHERENCIA A LA PIEL.
- LA APARICION DE ALTERACIONES VASCULARES SUPERFICIALES, O A VECES CON TELANGIECTASIAS O NECROSIS.
- LA SENSACION DE TENSION Y PRESION SE CONVIERTEN EN DOLOR.

EL ADENOMA PLEOMORFO DE LAS GLANDULAS PAROTIDAS QUE SUFRE TRANSFORMACION MALIGNA, OCASIONA DOLOR EN LA-MAYORIA DE LOS PACIENTES. EN EL SEXO FEMENINO ESTA NEOPLASIA ES MAS PROPENSA A MALIGNIZARSE (60%) Y SOBRE TODO EN LA QUINTA DECADA DE LA VIDA (10 AÑOS DESPUES DE LA INCIDENCIA MAXIMA DEL ADENOMA PLEOMORFO).

IX. REVISION DEL ARCHIVO DEL SERVICIO DE DIAGNOSTICO  
EN PATOLOGIA BUCAL DE 1959 A 1989 DE LA DIVISION  
DE INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
DE LA U.N.A.M.

DE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL ARCHIVO DEL SERVICIO DE -  
DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA BUCAL DE LA DIVISION DE INVESTI-  
GACION DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA EN EL PERIODO DE -  
1959 A 1989, SE OBTUVO LA INFORMACION SIGUIENTE:

TOTAL DE ESTUDIOS HISTOLOGICOS	5003;100%
TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES	37;0.75%
ADENOMAS PLEOMORFOS	22;0.45%
OTRAS LESIONES	4944;98.8%

DE LOS CASOS REGISTRADOS EN ESTE PERIODO FUERON REPORTA-  
DOS 22 ADENOMAS PLEOMORFOS DE LOS CUALES, DE LAS GLANDU-  
LAS SALIVALES MAYORES, LA PAROTIDA PRESENTO LA MAYOR FRE-  
CUENCIA DE ESTA NEOPLASIA BENIGNA ES DECIR EL 32%. DE  
LAS GLANDULAS SALIVALES MENORES EL PALADAR REPRESENTA EL  
32%. EL ADENOMA PLEOMORFO SE REGISTRA CON MAYOR FRECUENCIA  
EN EL SEXO MASCULINO Y CON MAYOR INCIDENCIA ENTRE LOS 40  
A 50 AÑOS DE EDAD.

EL TAMAÑO PROMEDIO DE LOS CASOS REGISTRADOS FUE: 2.3x1.7  
x1.4 cm.

DE LAS CARACTERISTICAS DEL ADENOMA PLEOMORFO SE REGISTRO  
LA MAYOR FRECUENCIA DE LAS SIGUIENTES:

COLOR	- BLANCO AMARILLENTO
CONSISTENCIA	- FIRME

DIVISION DE INVESTIGACION PATOLOGIA BUCAL  
**IX REVISION DEL ARCHIVO DE DIAGNOSTICO DEL AÑO 1959 HASTA 1989**

FACULTAD DE  
 ODONTOLOGIA  
 U N A M

CASO	EDAD	SEXO	LOCALIZACION	TAMAÑO	COLOR	CONSISTENCIA	RECURRENCIA
FO-6861	55	M	PAROTIDA	65x4x3 cm	ZONAS BLANQUESINAS	FIRME	
FO-9561	55	M	LABIO SUPERIOR	1 cm	GRIS BLANQUESO	FIRME	
FO-810761	55	M	SUBLINGUAL	N.D. <sup>o</sup>	GRIS ROSACEO	BLANDA	
FO-B-3364	50	M	LABIO SUPERIOR	1 cm	GRISACEO	FIRME	
FO-8-6264	55	F	LABIO SUPERIOR	04 → 0.8 cm.	BLANQUESINO	FIBROSA	
FO-8-6-66	33	M	PAROTIDA	6x3.5x2.6 cm	GRIS BLANQUESINO	ELASTICA	
FO-71 77	62	F	PAROTIDA	2.5x1.5x2.3 cm.	BLANCO - AMARILLENTO	BLANDA	
FO-25878	24	M	PALADAR	1x1.2x1 cm.	N.D. <sup>o</sup>	BLANDA	
FO-165 80	60	F	PALADAR DURO Y BLANDO	1.5 x 1 x 0.5 cm.	GRIS OSCURO	BLANDA	
FO-63 83	65	F	PALADAR DURO	1.5 x 0.8 x 1 cm	CAFE - AMARILLENTO	FIRME	
FO-143 85	19	M	PALADAR DURO Y BLANDO	3.0 x 2.3 x 0.4 cm.	BLANCO Y BLANCO - AMARILLENTO	N.D. <sup>o</sup>	
FO-381 85	36	M	LABIO SUPERIOR	2.3 x 2.1 x 2.1 cm.	BLANCO - AMARILLENTO	FIRME	
FO-58 87	50	M	LABIO SUPERIOR	1.4 x 1 x 1 cm	BLANCO - AMARILLENTO	FIRME	
FO-99 87	58	F	MUCOSA BUCAL	2 x 3 x 2 cm	BLANCO - AMARILLENTO	FIRME	
FO-165 87	68	F	PALADAR BLANDO	0.6x0.5x0.5 cm.	BLANCO	SUAVE	
FO-20687	48	F	PALADAR DURO Y BLANDO	2 x 2 x 1.5 cm.	BLANCO	BLANDA	
FO-25287	47	F	MUCOSA BUCAL	1.5 x 1 x 0.8 cm.	AMARILLENTO	FIRME	
FO-31487	18	M	PALADAR DURO	2.5 x 2 x 2 cm.	BLANCO - AMARILLENTO	FIRME	
FO-135 88	28	M	PAROTIDA	32 x 20 x 1.2 cm.	CAFE-PARDUZCO	FIRME	
FO-0689	43	M	PAROTIDA	2.7x1.9x1.5 cm.	CAFE OSCURO O NEGRUSCO	FIRME	
FO-12989	31	F	PAROTIDA	2.8x2.0x1.4 cm.	BLANCO - AMARILLENTO	FIRME	
FO-333 89	28	M	PAROTIDA	1x1x0.5 cm.	BLANCO	FIBROSA	

<sup>o</sup> NO DISPONIBLE

SAIR DE LA BIBLIOTECA  
 ESTA TESIS NO DEBE

## **IX.- DISCUSION**

**LAS GLANDULAS SALIVALES ENTRE SUS PRINCIPALES FUNCIONES ESTA LA DE PROVEER LA LUBRICACION DE LA CAVIDAD ORAL E INTERVIENE EN LA 1a. ETAPA DE LA DIGESTION CON LA PREPARACION DEL BOLO ALIMENTICIO.**

**EL ADENOMA PLEOMORFO ES UNA DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS QUE TIENEN SU ORIGEN EN ESTE TIPO DE GLANDULAS. EN ESTA NEOPLASIA NO EXISTE LA PREVENCION , ES POR ESTO QUE CUANDO SE PRESENTA DEBERA HACERSE UN DIAGNOSTICO OPORTUNO, Y REALIZAR EL TRATAMIENTO ADECUADO QUE SERA LA INTERVENCION QUIRURGICA.**

**ESPECIFICAMENTE, EN EL CASO DEL ADENOMA PLEOMORFO DE LA GLANDULA PAROTIDA SE HACE NECESARIO LA PAROTIDECTOMIA SIN LESIONAR EL NERVI0 FACIAL, YA QUE SOLA LA ENUCLEACION TIENDE A LA RECIDIVA, DEBIDA AL CARACTER INFILTRATIVO DE ALGUNOS TUMORES MIXTOS; A LA PRESENCIA DE NODULOS SATELITES O A UNA TECNICA QUIRURGICA INADECUADA.**

**ES IMPORTANTE LA DETECCION Y ATENCION OPORTUNA DE ESTE TIPO DE LESIONES Y EVITAR SU POSIBLE REINCIDENCIA POR LA POSIBILIDAD DE LLEGAR A MALIGNIZARSE.**

**LA MALIGNIZACION ES DE CAUSA DESCONOCIDA Y DEBERA DESCARSE LA POSIBILIDAD DE QUE ANTERIORES INTERVENCIONES QUIRURGICAS LA PRODUCEN.**

EN LOS CASOS ENCONTRADOS EN EL ARCHIVO DEL SERVICIO DE DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA BUCAL DE LA DIVISION DE INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA, LAS CARACTERISTICAS CLINICAS SON SIMILARES A LAS DESCRITAS EN LOS DOCUMENTOS CONSULTADOS; EXCEPTO EN EL PUNTO DONDE SHAFER,<sup>(4)</sup> REFIERE QUE EL ADENOMA PLEOMORFO SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EN EL SEXO FEMENINO QUE EN EL MASCULINO; Y EN LOS EXPEDIENTES SE ENCUENTRA LA SITUACION CONTRARIA, ESTO PUEDE DEBERSE A QUE EN MEXICO, LOS FACTORES: RACIAL, GENETICO, SOCIAL, ECONOMICO Y DEL MEDIO AMBIENTE, PUEDEN ESTAR RELACIONADOS CON ESTA CARACTERISTICA, ADEMAS DE NO CONTAR CON UN ESTUDIO QUE REPORTE EL COMPORTAMIENTO DE ESTE TIPO DE NEOPLASIAS.

#### X. - CONCLUSION

EL ADENOMA PLEOMORFO ES UNA NEOPLASIA BENIGNA DE LAS GLANDULAS SALIVALES, DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA.

ESTA LESION SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EN LAS GLANDULAS PAROTIDAS, AFECTANDO PRINCIPALMENTE AL SEXO FEMENINO ENTRE LA 4a. Y 6a. DECADAS DE LA VIDA, CON UNA MAYOR INCIDENCIA EN LA RAZA NEGRA.

ES UNA LESION QUE APARECE COMO UN NODULO PEQUEÑO ENCAPSULADO, INDOLORO E INACTIVO QUE CRECE LENTAMENTE Y A VECES EN FORMA INTERMITENTE, DE FORMA, VOLUMEN Y CONSISTENCIA VARIABLE DEPENDIENDO DE SU LOCALIZACION. EN LAS GLANDULAS SUBLINGUALES Y ACCESORIAS, AL DESARROLLARSE EL ADENOMA PLEOMORFO, SE DIFICULTAN LAS FUNCIONES DE DEGLUSION, MASTICACION, FONACION E INCLUSO EN EL PALADAR PUEDE HABER DESPLAZAMIENTO DE LOS ORGANOS DENTARIOS CONTIGUOS,<sup>(5)</sup> DEBIDO AL VOLUMEN QUE PUEDE LLEGAR A ALCANZAR.

NO SE HA DETECTADO LA ETIOLOGIA DE ESTE TIPO DE PADECIMIENTO, POR LO QUE SE HACE NECESARIO, CUANDO SE PRESENTA, EL REALIZAR UN DIAGNOSTICO VERAZ Y OPORTUNO PARA EFECTUAR EL TRATAMIENTO ADECUADO QUE EN ESTOS CASOS ES LA INTERVENCION QUIRURGICA; Y ASI EVITAR QUE ESTA LESION LLEGUE A MALIGNIZARSE.

## XII.- BIBLIOGRAFIA

- Quiroz Gutiérrez F.  
"TRATADO DE ANATOMIA HUMANA"  
 24 edición, Porrúa, México.  
 3:96 - 105; 1985.
- Lockhart-Hamilton-Pyfe  
"ANATOMIA HUMANA"  
 1a. edición en español, Interamericana, México.  
 p.p. 489-94, 1965.
- Cormack David H.  
"HISTOLOGIA DE HAM"  
 9a. edición, Harla, México.  
 p.p. 168-185; 604-5, 1989.
- Greep Roy O.  
"HISTOLOGIA"  
 3a. edición, "El Ateneo", Argentina  
 p.p. 460-73, 1982.
- Guyton Arthur.  
"TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA"  
 5a. edición, Interamericana, México.  
 p.p. 1159-62, 1983.
- Thackray, AC  
"TIPOS HISTOLOGICOS DE TUMORES EN GLANDULAS SALIVALES"  
 O.H.S. Génova 7:27, 1982.
- Shafer W.  
"PATOLOGIA BUCAL"  
 3a. edición, Interamericana, México.  
 p.p. 215-20, 1982
- Zegarelli, EV  
"DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL"  
 2a. edición, Salvat, España.  
 p.p. 331-34, 1982.
- Thoma.  
"PATOLOGIA ORAL"  
 edición, Salvat, España.  
 p.p. 1114-19, 1983.

## C I T A S

- 1 - Cormack, David H., *Histología de Ham*, 9a.edición, Harla, México, p.p.168-185, 604-5; 1989.
- 2 - Greep, Roy O. *Histología*, 3a. edición "El Ateneo", p.p. 460-73, 1982.
- 3 - Thackray, AC, *Tipos Histológicos de Tumores en Glándulas Salivales*, Organización Mundial de la Salud, *Clasificación Internacional Histológica* 7:27, 1972.
- 4 - Shafer W. *Patología Bucal, Tumores Benignos* 3a edición : 215-20, 1982.
- 5 - Zegarelli, EV, *Diagnóstico en Patología Oral, Tumores en Glándulas Salivales*, 2a. edición: p.p.331-34, 1982.
- 6 - Thoma, *Patología Oral*, Salvat, p.p.1114-19, 1983.
- 7 - Velazquez-Márquez Monter, *Histopatología Práctica*, Prensa Médica Mexicana, *Características de los Tumores de Glándulas Salivales*: 60, 1969.
- 8 - Dardick Irving MD y col., *Histogenesis of Salivary Gland Pleomorphic Adenoma (Mixed Tumor) with an evaluation of the role of the Mioepithelial cell.* *Hum Pathol* 13:62 - 75, 1982.
- 9 - Buchner, David Hansen, *Hyaline cells in the Pleomorphic Adenoma of Salivary Gland origin*, *Oral Surgery* november: 506 - 12, 1981.
- 10 - Willis, RA, *Pathology of Tumours*, Butterworth Published, England: 320-42, 1948.
- 11 - Chomette G.-Brocheriou, *L'anatomie Pathologique dans les Lésions Tumorales de la Cavité Buccale, des Glándulas Salivales des Maxillaires et du Tégument*, *Actuallites Odonto-Stomatologique* 37:99-119, 1982.
- 12 - Patey DH- Thackray AC, *The treatment of parotid tumours in the light of pathological study of parotidectomy material*, *Br. J. Surg.* 45:477-87,1957.
- 13 - Stevens , KL, Hobsley M., *The Treatment of Pleomorphic Adenomas by Formal Parotidectomy*, *Br.J.Surg.* 69:1-3, 1982.

- 14 - Brian D. Hancock MD FRCS, Pleomorphic Adenomas of--  
the Parotid Removal without Rupture, Annals of the--  
Royal College of Surgeons of England 69:293-95,1987.