

112014
x 1101-12 20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

JUN. 28 1993

REVISION DE 10 AÑOS DE LOS ARCHIVOS DE DE ESPECIALIDADES DEL CMN LA RAZA IMSS 1982-1991
DE PATOLOGIA QUIRURGICA DE GLANDULAS SALIVALES
DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ANATOMIA PATOLOGICA:

DR. JORGE GONZALEZ ANGULO

ASESORES DE TESIS:

DRA. MARIA EUGENIA GALINDO RUJANA

DR. GUILLERMO GOMEZ CAMPOS

JEFE DE ENSEÑANZA:

DRA. PATRICIA LEONOR PEREZ SANCHEZ

TESIS DE POSGRADO QUE PARA OBTENER
EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN "ANATOMIA
PATOLOGICA" PRESENTA EL DR:
ISAIAS ESTRADA MOSCOSO

MEXICO, D.F. MAYO DE 1993.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

HIPOTESIS

- 1.- LOS TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES SON POCO FRECUENTES
- 2.- LA NEOPLASIA BENIGNA MAS FRECUENTE DE GLANDULAS SALIVALES EN NIROS Y ADULTOS, ES EL ADENOMA PLEOMORFICO
- 3.- LA NEOPLASIA MALIGNA MAS FRECUENTE DE GLANDULAS SALIVALES EN NIROS Y ADULTOS ES, EL CARCINOMA MUCOEPIDERMIDE
- 4.- LOS TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS, SON MAS FRECUENTES EN GLANDULAS SALIVALES MAYORES
- 5.- ENTRE LOS TRES CARCINOMAS MAS FRECUENTES DE GLANDULAS SALIVALES EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, SE ENCUENTRA: EL CARCINOMA MUCOEPIDERMIDE, CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO Y EL CARCINOMA EX-ADENOMA PLEOMORFICO
- 5.- COMO EN OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA ECONOMIA, EL PRONOSTICO EN GLANDULAS SALIVALES, ESTA MAS DETERMINADO POR EL ESTADIO CLINICO, QUE POR EL GRADO HISTOLOGICO

OBJETIVOS

1- GENERAL: CONOCER LA FRECUENCIA DE LA PATOLOGIA QUIRURGICA DE LAS GLANDULAS SALIVALES EN NUESTRO MEDIO.

ESPECIFICOS:

- A) DETERMINAR LA PREVALENCIA DE CADA UNA DE LAS PATOLOGIAS DE GLANDULAS SALIVALES COMO SON: INFLAMATORIAS O REACTIVAS, NEOPLASICAS, BENIGNAS Y MALIGNAS.
- B) CONOCER EL TIPO DE NEOPLASIA MAS FRECUENTE EN ESTA INSTITUCION, TANTO BENIGNA COMO MALIGNA, EN NIÑOS, ADULTOS Y POR SEXO.
- C) CONOCER EL SITIO ANATOMICO MAS FRECUENTE DE PRESENTACION DE CADA UNA DE LAS NEOPLASIAS.
- D) TRATAR DE IDENTIFICAR LOS FACTORES PRONOSTICOS EN LAS NEOPLASIAS MALIGNAS, EN RELACION A: ESTADIO CLINICO, GRADO HISTOLOGICO Y TRATAMIENTO.
- E) COMPARAR NUESTROS RESULTADOS CON LOS REPORTADOS EN OTROS PAISES.

INDICE GENERAL

RECONOCIMIENTOS	A
HIPÓTESIS	B
OBJETIVOS	C
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS Y CLASIFICACIONES	1
BIOPSIA POR ASPIRACIÓN EN LESIONES DE GLÁNDULAS SALIVALES	4
LESIÓN LINFOEPITELIAL BENIGNA	6
ENF. DE MIKULICZ Y SIALOADENITIS CRÓNICA	9
ADENOMA PLEOMORFICO	10
MIOEPITELIOMA	13
TUMOR DE WARTHIN	14
ONCOCITOMA	16
OTRAS NEOPLASIAS EPITELIALES BENIGNAS	18
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE	19
ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES	23
CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO	27
TUMOR MIXTO MALIGNO	30
CARCINOMA EPIDERMÓIDE	32
CARCINOMA INDIFERENCIADO	34
CARCINOMA ADENDESCAMOSO	37
OTROS CARCINOMAS	39
NEOPLASIAS BENIGNAS MESENQUIMATOSAS	40
SARCOMAS	42
GRÁFICAS ADENOMA PLEOMORFICO	44
GRÁFICAS TUMOR DE WARTHIN	46
GRÁFICAS CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE	48
GRÁFICAS ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES	49
RELACIÓN DE PACIENTES CON TUMOR DE WARTHIN	52
RELACIÓN DE PACIENTES CON ADENOMAS MONOMORFICOS	54
RELACIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE	57
RELACIÓN DE PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES	58
RELACIÓN DE PACIENTES CON CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO	60
RELACIÓN DE PACIENTES CON LINFOMAS	61
NEOPLASIAS EN EDAD PEDIÁTRICA	63
RESULTADOS EXPLICADOS Y CONCLUSIONES	64
BIBLIOGRAFÍA	68

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

LA FRECUENCIA ANUAL DE TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES, VARIA SEGÚN LAS DIFERENTES SERIES DE 0.4 A 13.5 CASOS POR 100000 INDIVIDUOS. ALGUNAS DE ÉSTAS SÓLO SE REFIEREN A TUMORES DE PARÓTIDA, OTRAS SÓLO A TUMORES MALIGNOS (1).

POULSEN EN UN ESTUDIO HECHO EN DINAMARCA, ENCONTRÓ UNA FRECUENCIA DE 0.7 POR 100000, PARA TUMORES MALIGNOS DE GLÁNDULAS SALIVALES Y DE 5.5 x 100000 PARA TUMORES BENIGNOS (2).

EN ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMÉRICA, LOS REPORTES DE MAYO DE 1989, DE LOS REGISTROS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, INDICAN QUE LA FRECUENCIA DE CÁNCER DE GLÁNDULAS SALIVALES, AJUSTADA POR EDAD DE 1982 A 1986, EN TODAS LAS RAZAS Y EN AMBOS SEXOS, FUÉ DE 0.9 CASOS POR 100000 INDIVIDUOS (3).

DEBIDO A QUE LAS SERIES MÁS GRANDES EN ESTADOS UNIDOS DE NORTE -- AMÉRICA, MUESTRAN QUE LOS TUMORES MALIGNOS COMPRENDEN ENTRE EL 35 Y 40 % DE TODOS LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES. ELLIS, ESTIMA QUE LA FRECUENCIA ANUAL DE TUMORES, TANTO BENIGNOS COMO MALIGNOS EN ESTADOS UNIDOS, ESTA ENTRE 2.2 Y 2.5 POR 100000 (1).

SPIRO Y COL. DEL HOSPITAL MEMORIAL DE NUEVA YORK, REPORTARON QUE LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES, REPRESENTAN EL 1 % DE TODAS LAS ADMISIONES Y CERCA DEL 6.5 % DE TODOS LOS INGRESOS A TUMORES DE CABEZA Y CUELLO EN SU HOSPITAL (4,5).

EL INSTITUTO DE PATOLOGÍA DE LAS FUERZAS ARMADAS EN WASHINGTON, D. C. EN 1991 PUBLICÓ, UNA SERIE DE 13,749 TUMORES EPITELIALES DE GLÁNDULAS SALIVALES, TANTO BENIGNOS COMO MALIGNOS. 63.2 % FUERON BENIGNOS Y 36.8% MALIGNOS. CASI TRES CUARTAS PARTES DE TODOS LOS TUMORES, SE PRESENTARON EN GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES Y UNA CUARTA PARTE, EN GLÁNDULAS SALIVALES MENORES (1).

EN EL INSTITUTO DE PATOLOGÍA DE LAS FUERZAS ARMADAS Y EN OTRAS SERIES, EL CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE ES EL MÁS COMÚN EN LOS NIÑOS (6,7,8).

EN UN ESTUDIO DE 55 CASOS DE TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES DE LA LENGUA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA, EL CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE BAJO GRADO, FUÉ EL MÁS FRECUENTE 38 % (9).

EN UNA SERIE DE 243 PACIENTES CON TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES EN BEIJIN, REPUBLICA DE CHINA, EL PALADAR FUÉ EL SITIO MÁS FRECUENTE DE TUMORES. EL ADENOMA PLEOMÓRFICO FUÉ EL TUMOR BENIGNO MÁS FRECUENTE. EL CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE Y EL CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO, FUERON LOS TUMORES MALIGNOS MÁS FRECUENTES (10).

EN RIO DE JANEIRO BRAZIL, EL CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO, FUÉ EL MÁS FRECUENTE DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES, PREDOMINANDO EN LA 5ª. DÉCADA Y EN MUJERES. LOS PACIENTES QUE TENIAN SÍNTOMAS DE MENOS DE 1 AÑO, ESTADIO CLÍNICO AVANZADO Y PATRÓN HISTOLÓGICO SÓLIDO (ALTO GRADO), TUVIERON MUY MAL PRONÓSTICO (11).

EN UNA REVISIÓN DE 2,720 PACIENTES DEL MEMORIAL SLOAN-KATTERING CANCER CENTER, DE NUEVA YORK, EL CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE FUÉ EL MÁS FRECUENTE, SEGUIDO POR TUMOR MIXTO MALIGNO, EL ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES Y EL CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO (13).

UN ANÁLISIS DE MULTIVARIANZA CONFIRMÓ, QUE EL ESTADIO CLÍNICO, FUÉ LA VARIABLE MÁS IMPORTANTE, PARA DETERMINAR EL PRONÓSTICO EN LOS CARCINOMAS DE GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES (13).

EXISTEN MÚLTIPLES CLASIFICACIONES DE NEOPLASIAS DE GLÁNDULAS SALIVALES. UNA DE LAS MÁS COMPLETAS Y RECIENTE, ES DEL INSTITUTO DE PATOLOGÍA DE LAS FUERZAS ARMADAS DE ELLIS Y AUCLAIR DE 1990.

NEOPLASIAS BENIGNAS EPITELIALES
TUMOR MIXTO (ADENOMA PLEOMORFICO)
TUMOR DE WARTHIN
ONCOCITOMA
CISTADENOMA
ADENOMA DE CELULAS BASALES
ADENOMA CANALICULAR
PAPILOMA DUCTAL
MIOEPITELIOMA
ADENOMA SEBACEO
OTROS ADENOMAS NO ESPECIFICADOS

CARCINOMAS DE BAJO GRADO

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE
ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINARES
ADENOCARCINOMA POLIMORFO
ADENOCARCINOMA DE CELULAS BASALES
ADENOCARCINOMA DE OTRO TIPO
TUMOR MIXTO METASTATIZANTE

CARCINOMAS DE GRADO INTERMEDIO

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE
CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO (CRIBIFORME-TUBULAR)
CARCINOMA EPITELIAL MIOEPITELIAL
ADENOCARCINOMA DE OTRO TIPO
CARCINOMA DE CELULAS CLARAS
CISTADENOCARCINOMA
CARCINOMA SEBACEO
ADENOCARCINOMA MUCINOSO

CARCINOMAS DE ALTO GRADO

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE
CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO (SOLIDO)
TUMOR MIXTO MALIGNO
ADENOCARCINOMA DE OTRO TIPO
CARCINOMA EPIDERMÓIDE
CARCINOMA INDIFERENCIADO
CARCINOMA ONCOCITICO
CARCINOMA ADENOESCAMOSO
CARCINOMA DE CONDUCTOS
CARCINOMA MIOEPITELIAL

MESENQUIMATOSOS BENIGNOS

HEMANGIOMA
NEURILEMOMA (SCHWANNOMA)
NEUROFIBROMA
LIPOMA
OTROS

MESENQUIMATOSOS MALIGNOS

HEMANGIOPERICITOMA
SCHWANNOMA MALIGNO
FIBROSARCOMA
HISTIOCITOMA FIBROSO
RABDOMIOSARCOMA
OTROS
LINFOMA NO HODGKIN Y ENF. DE HODGKIN

NEOPLASIAS METASTASICAS

MELANOMA
CARCINOMA EPIDERMÓIDE
CARCINOMA DE CELULAS RENALES
CARCINOMA DE TIROIDES
OTRAS

LA UTILIDAD DE LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA, PARA EL DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO DE TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES, ES RECONOCIDA Y TIENE ACEPTABLES ÍNDICES DE ESPECIFICIDAD Y SENSIBILIDAD. PATRICK O'DWYER Y COL. REPORTARON SU EXPERIENCIA CON 341 BIOPSIAS POR ASPIRACIÓN DE TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES, DE LOS CUALES 80 % FUERON BENIGNOS Y 20 % MALIGNOS, CON UNA SENSIBILIDAD DE 73 % EN LOS MALIGNOS Y 94 % DE ESPECIFICIDAD EN LAS NEOPLASIAS BENIGNAS (15).

OTRA SERIE DE MAY K.M. CHAN Y COL. PUBLICÓ SUS RESULTADOS CON 112 CASOS DE LESIONES DE GLÁNDULAS SALIVALES CON CORRELACIÓN HISTOPATOLÓGICA. LA SENSIBILIDAD PARA LESIONES MALIGNAS FUÉ DE 86% Y LA ESPECIFICIDAD DE 99 % . LA CERTEZA DIAGNÓSTICA EN LESIONES BENIGNAS Y MALIGNAS FUÉ DE 95 % (16).

POR LO ANTERIOR LA UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA, ES ACTUALMENTE MÁS ACEPTADA, YA QUE EL DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO, AYUDA AL CIRUJANO A PLANEAR EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS DIFERENTES NEOPLASIAS (17).

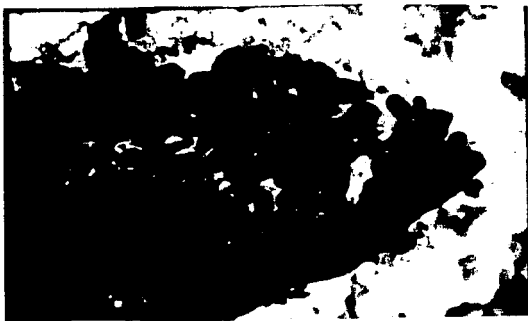


FIG. 1 BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES DE PARÓTIDA, DE BAJO GRADO. CASO 8, TABLA No. 10.

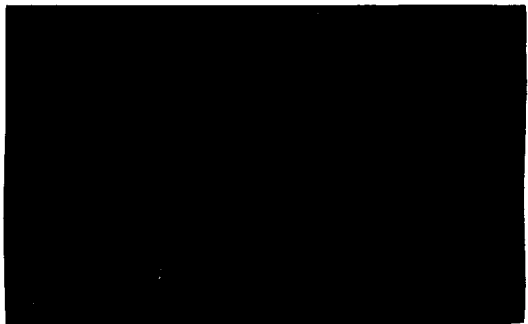


FIG.2 BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON A.F. DE TUMOR DE WARTHIN DE PARÓTIDA. UN GRUPO DE CÉLULAS COLUMNARES ESTRATIFICADAS CON CITOPLASMA INTENSAMENTE EOSINÓFILO, EN UN FONDO SUCIO CON LINFOCITOS. CASO 22, TABLA No. 5

LESION LINFOEPITELIAL BENIGNA.

LA LESIÓN LINFOEPITELIAL BENIGNA, HA SIDO REPORTADA CON MÚLTIPLES TÉRMINOS: SIALOADENITIS CRÓNICA, LINFOEPITELIOMA BENIGNO Y ENFERMEDAD DE MIKULICZ. EL TÉRMINO DE LESIÓN LINFOEPITELIAL BENIGNA, FUÉ PROPUESTO POR GODWIN EN 1952(1).

LAS CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE LA LESIÓN LINFOEPITELIAL BENIGNA SON:

- 1.- INFILTRACIÓN DEL PARÉQUIMA GLANDULAR POR LINFOCITOS Y ALGUNAS CÉLULAS PLASMÁTICAS CON ATROFIA DE ACINOS.
- 2.- ALTERACIÓN DE LOS CONDUCTOS CON PROLIFERACIÓN EPITELIAL INTRADUCTAL TÍPICA, CON FORMACIÓN DE ISLAS CELULARES COMPACTAS, REFERIDAS POR MORGAN Y CASTLEMAN EN 1953 COMO ISLAS EPIMIOEPITELIALES. LA PROLIFERACIÓN LINFOIDE USUALMENTE SE INICIA ALREDEDOR DE LOS CONDUCTOS Y MÁS TARDE SE EXTIENDE HACIA LA PERIFERIA. EN ALGUNAS ÁREAS FORMA FOLÍCULOS CON CENTROS GERMINALES (20).

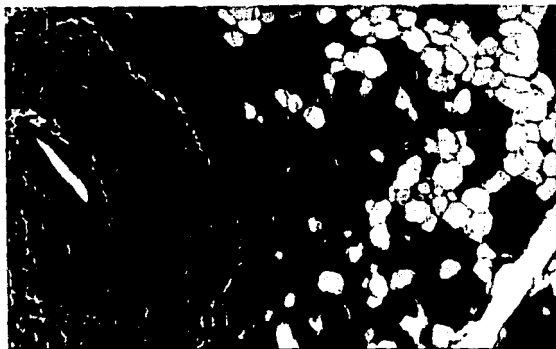


FIG.3 LESIÓN LINFOEPITELIAL BENIGNA DE PARÓTIDA IZO.A LA MISMA PACIENTE DE 65 AÑOS SE LE EXTIRPO UN ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES DE PARÓTIDA DERECHA, TRES AÑOS ANTES.

CON MÉTODOS DE ANÁLISIS INMUNOHISTOQUÍMICO, ACTUALMENTE SE CREE, QUE LA PATOGÉNESIS ES MEDIADA POR PROCESOS INMUNOLÓGICOS. NO HAY DIFERENCIAS HISTOLÓGICAS SIGNIFICATIVAS APARENTES EN PACIENTES CON S. DE SJÖGREN Y LESIÓN LINFÓEPITELIAL BENIGNA, POR LO QUE EL DIAGNÓSTICO DE S. DE SJÖGREN DEBE ESTAR SUSTENTADO EN ESTUDIOS SEROLÓGICOS, SIALOGRÁFICOS Y OFTALMOLÓGICOS, ASÍ COMO EL ANTECEDENTE DE ARTRITIS REUMATOIDE U OTRAS ENFERMEDADES COMO TIROIDITIS AUTO-INMUNE (1).

SE HA REPORTADO EL DESARROLLO DE LINFOMA, EN PACIENTES CON S. DE SJÖGREN. ARGUMENTANDO QUE ÉSTA ÚLTIMA, ES UNA ALTERACIÓN INMUNOLÓGICA PROFUNDA, QUE FAVORECE LA EVOLUCIÓN A LINFOMA (21,22).

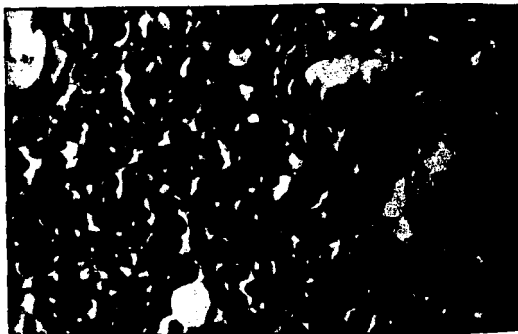


FIG. 4 LINFOMA DE CÉLULAS GRANDES DE PARÓTIDA. MUJER DE 39 AÑOS. CASO 1, TABLA NO. 13

LA LESIÓN LINFOEPITELIAL BENIGNA SE ASOCIA A OTRAS PATOLOGÍAS EN EL 5.2 % DE UNA SERIE DEL INSTITUTO DE PATOLOGÍA DE LAS FUERZAS ARMADAS. ALGUNAS DE ESTAS PATOLOGÍAS FUERON: ADENOMAS, SIALOLITIASIS, INFLAMACIÓN GRANULOMATOSA, TOXOPLASMOSIS, LINFOMAS Y CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE.

SE OBSERVÓ EVOLUCIÓN A LINFOMA Y CARCINOMA EN PACIENTES SIN S. DE SJÖGREN(1). EL TÉRMINO DE LESIÓN LINFOEPITELIAL BENIGNA POR LO TANTO, DEFINE UN CUADRO HISTOLÓGICO, LOCALIZADO PRINCIPALMENTE EN LA PARÓTIDA, EN EL CURSO DE VARIAS ENFERMEDADES, PERO NO NOS DICE LA NATURALEZA DEL PROCESO (21).

ALGUNOS AUTORES CONSIDERAN QUE LA LESIÓN LINFOEPITELIAL MALIGNA, NO EVOLUCIONA A PARTIR DE LA LESIÓN BENIGNA Y QUE LO QUE INICIALMENTE SE DIAGNOSTICÓ COMO BENIGNO, ERA DESDE SU INICIO CARCINOMA ANAPLÁSICO DE PROBABLE ORIGEN DUCTAL (21).

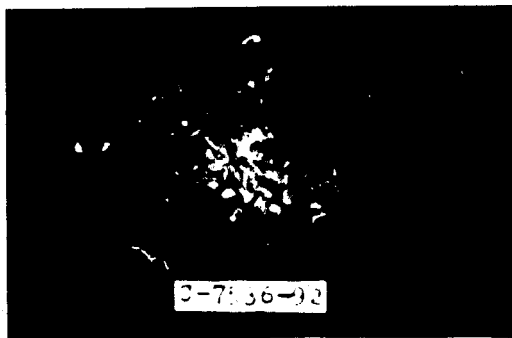


FIG. 5 FOTO MACROSCÓPICA DE LESIÓN LINFOEPITELIAL BENIGNA DE PARÓTIDA IZQUIERDA. MUJER DE 63 AÑOS. SE OBSERVAN VARIOS NÓDULOS BLANQUECINOS. FIG. 3 FOTO MICROSCÓPICA.

EN 1971, J.G. AZZOPARDI PUBLICÓ CINCO CASOS QUE MOSTRABAN ENFERMEDAD DE MIKULICZ Y LINFOMA, EN EL MISMO SITIO. UNA DE LAS TEORÍAS ES QUE AMBOS PROCESOS SON EL RESULTADO DEL MISMO DEFECTO AUTOINMUNE DEL HUESPED. EN ESTA PUBLICACIÓN SE DAN ALGUNOS DATOS QUE PUEDEN PREDECIR EN UN MOMENTO DADO, LA EVOLUCIÓN HACIA LA MALIGNIDAD DE LA LESIÓN LINFOEPITELIAL COMO SON: GRUPOS DE CÉLULAS LINFOIDES INMADURAS, FOCOS DE NECROSIS, REACCIÓN HISTIOCÍTICA FOCAL O DIFUSA. EN UN CASO, LA INFILTRACIÓN EOSINOFÍLICA Y DE CÉLULAS PLASMÁTICAS JUNTO CON CÉLULAS RETICULARES ANORMALES, FUERON LOS PRIMEROS INDICADORES DE ENFERMEDAD DE HODGKIN. EN OTRO CASO LO ESCASO O LA AUSENCIA DE LAS ISLAS EPIMIOEPITELIALES (23).

RECIENTEMENTE SE HA DETECTADO LA ASOCIACIÓN DE LESIÓN LINFOEPITELIAL BENIGNA CON INFECCIÓN POR HIV. EN ESTOS CASOS EL PROCESO ES BILATERAL, QUISTICO Y ASOCIADO A LINFADENOPATIA, ADEMÁS DE SER DOLOROSO FRECUENTEMENTE. EN LOS PACIENTES CON SIDA NO SE RECOMIENDA LA CIRUGÍA. SE SUGIERE ASPIRAR EL QUISTE Y DAR RADIOTERAPIA (24).

LA PRESENCIA DE MARCADORES DE CÉLULAS T CON ANTICUERPOS PARA LINFOCITOS DE MUCOSAS, EN EL COMPONENTE EPITELIAL, APOYAN LA AFECCIÓN PRIMARIA DE ESTRUCTURAS EPITELIALES, EN LA LESIÓN LINFOEPITELIAL BENIGNA QUISTICA EN PACIENTES HIV POSITIVOS Y QUE LA HIPERPLASIA LINFOIDE ES SECUNDARIA (25).
SIALOADENITIS CRÓNICA.

LA SIALOADENITIS CRÓNICA PUEDE TENER CAMBIOS HISTOLÓGICOS ESPECÍFICOS COMO: ÉCTASIA DE LOS CONDUCTOS GRANDES CON DETRITOS INTRALUMINALES, FIBROSIS PERIDUCTAL E INTRALOBULAR, INFILTRADO INFLAMATORIO LINFOCÍTICO Y/O CON POLIMORFONUCLEARES DIFUSO. LOS COMPONENTES EPITELIALES CONSISTEN EN CONDUCTOS PEQUEÑOS, MUCHOS CON OBLITERACIÓN DE LA LUZ POR ACÚMULO DE CÉLULAS EPITELIALES, ALGUNOS CON METAPLASIA ESCAMOSA. EN LOS CASOS QUE SE OBSERVAN ACINOS, ESTÁN DISMINUIDOS EN NÚMERO Y TAMAÑO CON CÉLULAS PEQUEÑAS Y CÚBICAS CON GRÁNULOS SECRETORES ESCASOS O SIN GRÁNULOS (18).

LA SIALOADENITIS GRANULOMATOSA PUEDE SER CAUSADA POR TUBERCULOSIS, MICOSIS, SARCOIDOSIS O POR OBSTRUCCIÓN DE LOS CONDUCTOS POR CÁLCULOS O TUMORES MALIGNOS CONTIGUOS. LOS GRANULOMAS PUEDEN SER UNA RESPUESTA A LA RUPTURA DE LOS CONDUCTOS Y CONTENER PEQUEÑOS LAGOS DE MOCO(37).

NEOPLASIAS EPITELIALES BENIGNAS

ADENOMA PLEOMORFICO.

EL ADENOMA PLEOMÓRFICO O TUMOR MIXTO BENIGNO, ES LA NEOPLASIA MÁS FRECUENTE DE GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES Y MENORES.

DE ACUERDO CON VARIOS ESTUDIOS, CONSTITUYE DEL 60 AL 70 % DE TODAS LAS NEOPLASIAS DE PARÓTIDA, DEL 40 AL 60 % DE TODOS LOS TUMORES SUBMAXILARES Y DEL 40 AL 70 % DE TODAS LAS NEOPLASIAS DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES. SON EXTREMADAMENTE RAROS EN GLÁNDULAS SUBLINGUALES.

EN EL INSTITUTO DE PATOLOGÍA DE LAS FUERZAS ARMADAS, SE HAN REGISTRADO 6880, DE LOS CUALES 5,379 SE PRESENTARON EN PARÓTIDA, 594 EN SUBMAXILARES, 7 SUBLINGUALES Y 1833 INTRA ORALES, SIENDO MÁS FRECUENTES EN PALADAR. LA EDAD DE PRESENTACIÓN MÁS FRECUENTE ES DE 30 A 50 AÑOS (1).

MACROSCÓPICAMENTE SON BIEN CIRCUNSCRITOS, DE SUPERFICIE LISA O LOBULADA, USUALMENTE RODEADOS POR CÁPSULA FIBROSA DE VARIABLE ESPESOR. AL CORTE SON BLANQUECINOS CON ÁREAS TRASLÚCIDAS Y MIXOIDES Y DE ASPECTO CARTILAGINOSO. SÓLIDOS Y DE CONSISTENCIA FIRME. MICROSCÓPICAMENTE LA DIVERSIDAD MORFOLÓGICA, ES LA CARACTERÍSTICA QUE LOS IDENTIFICA. TODOS MUESTRAN COMBINACIÓN DE EPITELIO Y TEJIDO MESENQUIMATOSO. LA PROPORCIÓN DE CADA UNO VARÍA AMPLIAMENTE. FOOTE Y FRASELL LOS CLASIFICAN EN CUATRO TIPOS:

- A) PRINCIPALMENTE MIXOIDES (36 %)
- B) COMPONENTE MIXOIDE Y CELULAR EN IGUAL PROPORCIÓN (30 %)
- C) PREDOMINANTEMENTE CELULAR (22%)
- D) EXTREMADAMENTE CELULAR (12 %)

LA CÉLULA MIDEPITELIAL SE HA ESTUDIADO AMPLIAMENTE, LLEGANDO A LA CONCLUSIÓN, DE QUE SON EL COMPONENTE PRINCIPAL DE LOS TUMORES MIXTOS Y RESPONSABLES DE LA FORMACIÓN DEL ESTROMA CONDRÓ-MIXOIDE. EL PRONÓSTICO ES EXCELENTE CUANDO SE REALIZA LA EXCISIÓN QUIRÚRGICA ADECUADA. TIENEN UN PERÍODO LIBRE DE RECIDIVAS A CINCO AÑOS DE 96.6 % Y DE 93.7 % A 10 AÑOS. LOS TUMORES MIXTOS, SON DE LAS POCAS NEOPLASIAS BENIGNAS DE GLÁNDULAS SALIVALES QUE PUEDEN TENER TRANSFORMACIÓN MALIGNA. ESTA PROBABILIDAD AUMENTA CON LA DURACIÓN DEL TUMOR Y LA EDAD DEL PACIENTE (37).

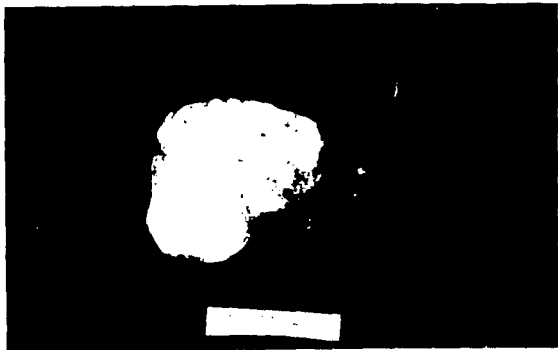


FIG 6 ADENOMA PLEOMÓRFICO DE PARÓTIDA IZQUIERDA EN UN HOMBRE DE 34 AÑOS DE 5 x 3 x 3 CM. BIEN CIRCUNSCRITO.

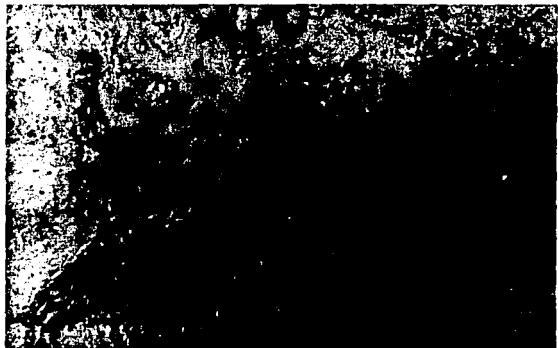


FIG. 7 MICROFOTOGRAFÍA DE UN ADENOMA PLEOMÓRFICO QUE MUESTRA COMPONENTE CELULAR Y ESTROMA CONDRO-MIXOIDE EN IGUAL PROPORCIÓN.

ADENOMAS MONOMORFICOS.

EN 1967 LOS ADENOMAS MONOMÓRFICOS, FUERON SEPARADOS COMO NEOPLASIAS ESPECÍFICAS DE GLÁNDULAS SALIVALES. DESDE ENTONCES, SE CONSIDERAN COMO TALES: EL TUMOR DE WARTHIN, ONCOCITOMA Y EL LINFADENOMA SEBÁCEO. OTROS ADENOMAS MENOS CONOCIDOS, ESTÁN CONSTITUIDOS POR CÉLULAS HIPERCROMÁTICAS, BASALOIDES, USUALMENTE UNIFORMES Y CON VARIOS PATRONES DE CRECIMIENTO. LOS TÉRMINOS DE ADENOMAS DE CÉLULAS BASALES Y ADENOMAS MONOMÓRFICOS BASALOIDES, SON LOS MÁS USADOS PARA ESTE SUBGRUPO DE ADENOMAS (26).

LOS ADENOMAS DE CÉLULAS BASALES TIENEN TRES SUBTIPOS HISTOLÓGICOS: CANALICULAR ANÁLOGO AL DÉRMICO, TUBULO-TRABECULAR Y SÓLIDO. LOS ADENOMAS CANALICULARES SON CASI EXCLUSIVOS DE LA CAVIDAD ORAL Y SE ORIGINAN EN EL LABIO. LAS GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES, PRINCIPALMENTE LA PARÓTIDA, SON LOS SITIOS DE PRESENTACIÓN DE LOS OTROS DOS SUBTIPOS.

LOS ADENOMAS DE CÉLULAS BASALES TUBULO-TRABECULARES Y SÓLIDOS SON LOS MÁS RELACIONADOS CON LOS ADENOMAS PLEOMÓRFICOS. LA PRINCIPAL DIFERENCIA ENTRE ELLOS, ES LA CÉLULA MIOEPITELIAL Y EL COMPONENTE ESTROMAL.

LOS ADENOMAS BASALOIDES ANÁLOGOS A LOS DÉRMICOS SON FRECUENTEMENTE MULTICÉNTRICOS. TIENEN PREDOMINIO POR EL SEXO MASCULINO Y RECIDIVAN, SON LOS QUE MÁS FRECUENTEMENTE SE MALIGNIZAN, LLAMÁNDOSE ENTONCES TUMOR BASALOIDE MALIGNO O CARCINOMA BASALOIDE.

EXCEPTO LOS ADENOMAS BASALOIDES ORIGINADOS EN LOS GANGLIOS LINFÁTICOS INTRA PAROTÍDEOS, LOS ADENOMAS MONOMÓRFICOS ANÁLOGOS A LOS DÉRMICOS, GENERALMENTE NO SON ENCAPSULADOS (26).

LAS OBSERVACIONES ULTRAESTRUCTURALES Y DE INMUNOHISTOQUÍMICA, SUGIEREN QUE A PESAR DE LAS VARIACIONES HISTOMORFOLÓGICAS DE LOS ADENOMAS DE CÉLULAS BASALES, HAY UN PATRÓN COMÚN DE DIFERENCIACIÓN Y ORGANIZACIÓN. ÉSTOS PATRONES MUESTRAN DIFERENCIACIÓN HACIA TÚBULOS O ACINOS, CON O SIN CÉLULAS MIOEPITELIALES. LA DIVERSIDAD DE ADENOMAS BASALOIDES, ES PRODUCIDA POR EL GRADO DE FORMACIÓN DE ESPACIOS EXTRACELULARES, LA PRODUCCIÓN DE LÁMINA BASAL Y OTROS PRODUCTOS DE SECRECIÓN. UNA ENTIDAD DENOMINADA, ADENOMA MEMBRANOSO, ES UNA VARIANTE DE ADENOMA DE CÉLULAS BASALES, EN LA CUAL LA CAPACIDAD DE LAS CÉLULAS TUMORALES PARA PRODUCIR LÁMINA BASAL ES IMPORTANTE (28)

AÚNQUE LOS ADENOMAS DE CÉLULAS BASALES SON POCO FRECUENTES; EN UNA SERIE PUBLICADA EN 1982, SE REPORTÓ UNA FRECUENCIA DE 7.5 % (40 CASOS), EN UN TOTAL DE

531 CASOS DE TUMORES EPITELIALES PRIMARIOS DE GLÁNDULAS PARÓTIDAS. EN ESTA SERIE FUÉ MÁS FRECUENTE EN MUJERES (60%) MAYORES DE 50 AÑOS Y DE MENOR TAMAÑO QUE EL ADENOMA PLEOMÓRFICO (29).

MIOEPITELIOMA.

COMO SU NOMBRE LO INDICA, CONTIENE EPITELIO Y MÚSCULO LISO. KRAUSE EN 1865, FUÉ EL PRIMERO EN RECONOCER LA CÉLULA MIOEPITELIAL, EN UN ESTUDIO DE GLÁNDULAS PARÓTIDAS DE GATO (32).

LOS TUMORES COMPUESTOS ENTERA O CASI EXCLUSIVAMENTE DE CÉLULAS MIOEPITELIALES NO SON FRECUENTES, CONSTITUYEN MENOS DEL 1 % DE TODAS LAS NEOPLASIAS DE GLÁNDULAS SALIVALES (1).

EN UNA PUBLICACIÓN DE 23 MIOEPITELIOMAS, SE ENCONTRARON DOS TIPOS DE CÉLULAS MIOEPITELIALES: PLASMOCITOIDE Y FUSIFORME. DOCE CASOS EN PARÓTIDA, CINCO EN GLÁNDULA SUBMAXILAR Y SEIS EN GLÁNDULAS MENORES. EL 70 % FUERON DE CÉLULAS FUSIFORMES Y EL 17 % DE CÉLULAS PLASMOCITOIDES. EL RESTO TENIÁN AMBOS COMPONENTES EN IGUAL CANTIDAD. NO HUBO DIFERENCIAS EN EL COMPORTAMIENTO, FRECUENCIA DE RECIDIVAS, EDAD DEL PACIENTE O LOCALIZACIÓN.

EL ANÁLISIS ULTRAESTRUCTURAL MOSTRÓ AGREGADOS DE MIOFILAMENTOS (33).

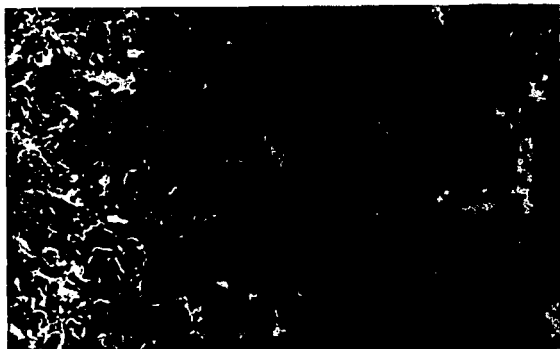


FIG. 8 MICROFOTOGRAFÍA DE UN MIOEPITELIOMA PLASMOCITOIDE. EL TUMOR ESTA FORMADO CASI EXCLUSIVAMENTE POR CÉLULAS MIOEPITELIALES CON ÁREAS HIALINAS. CASO 1, TABLA No. 7

TUMOR DE WARTHIN O CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO.

EN 1895 HILDEBRAD, DESCRIBIÓ EL CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO, COMO QUISTE CONGÉNITO DEL CUELLO Y HASTA 1929 WARTHIN LE DIÓ EL NOMBRE CON EL QUE SE LE CONOCE ACTUALMENTE (19). OTROS SINÓNIMOS SON: ADENOMA PAPILAR QUISTICO, QUISTE BRANQUIAL DE LA PARÓTIDA, ADENOMA BRANQUIOGÉNICO, ADENOLINFOMA Y CISTOMA LINFOGLANDULAR. MUCHOS DE ESTOS TÉRMINOS YA NO SON UTILIZADOS (1).

SE PRESENTAN PRINCIPALMENTE EN PARÓTIDA, DONDE CONSTITUYEN DEL 5 AL 6 % DE TODOS LOS TUMORES. OTROS SITIOS POCO FRECUENTES SON: GLÁNDULA SUBMAXILAR, PALADAR, LABIO INFERIOR, MUCOSA BUCAL, AMÍGDALAS Y SENO MAXILAR(1). LA EDAD DE PRESENTACIÓN MÁS FRECUENTE ES LA CUARTA Y SEXTA DÉCADA DE LA VIDA. PREDOMINA EN HOMBRES, 5:1 CON BILATERALIDAD DEL 5 AL 15 %, EXPLICADA ÉSTA POR LA PRESENCIA DE TUMOR MULTICÉNTRICO O MULTIFOCAL, LO QUE TAMBIEN ESTA EN RELACIÓN CON LA ASOCIACIÓN DE ESTE TUMOR CON OTRAS NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS (44).

EL TUMOR DE WARTHIN SE LOCALIZA TÍPICAMENTE EN EL POLO INFERIOR DE LA PARÓTIDA, MIDE DE 2 A 3 CM. AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO. MACROSCÓPICAMENTE TIENE SUPERFICIE EXTERNA LOBULADA, LISA, ROJO GRISACEO. AL CORTE TIENE UNA IMAGEN PATOGNOMÓNICA, CON VARIACIÓN EN EL NÚMERO Y TAMAÑO DE LOS QUISTES, ALTERNANDO CON ÁREAS GRIS BLANQUECINAS QUE CORRESPONDEN AL TEJIDO LINFOIDE (45). MICROSCÓPICAMENTE, LA COMBINACIÓN DE MATRIZ LINFOIDE Y PAPILAS DE CÉLULAS EOSINÓFILAS FORMANDO ESPACIOS QUISTICOS, REPRESENTAN UN CUADRO HISTOPATOLÓGICO DISTINTIVO Y PATOGNOMÓNICO (1).

EN UNA SERIE DE 229 TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES, SE ENCONTRARON 44 ADENOMAS MONOMÓRFICOS. EL TUMOR DE WARTHIN CONSTITUYÓ EL 77 % DE ESTOS ADENOMAS. LA EDAD DE LOS PACIENTES VARIÓ DE 31 A 74 AÑOS, CON UNA MEDIA DE 55.8 AÑOS. EL 90 % SE PRESENTÓ EN PARÓTIDA. NO SE ENCONTRARON EN GLÁNDULAS SUBMAXILARES NI BILATERALES. ESTOS ADENOMAS MONOMÓRFICOS, SON BLANDOS Y QUISTICOS, CONTIENEN UN LÍQUIDO TURBIO CON LINFOCITOS Y LEUCOCITOS. OTROS ADENOMAS MONOMÓRFICOS EN ESTA SERIE FUERON: ADENOMA DE CÉLULAS BASALES, ADENOMA TUBULAR, ADENOMA TRABECULAR, ADENOMA DE CÉLULAS CLARAS Y ADENOMA OXIFILICO (27).



FIG. 9 TUMOR DE WARTHIN DE PARÓTIDA DERECHA. BIEN CIRCUNSCRITO; CAFÉ CLARO DE ASPECTO PAPILAR. FIG No. 2 BAAF.



FIG. 10 IMAGEN MICROSCÓPICA DEL TUMOR DE WARTHIN DE LA FIG. ANTERIOR. MATRIZ LINFOIDE CUBIERTA POR CÉLULAS COLUMNARES.

ONCOCITOMA.

EL TERMINO ONCOCITO DERIVA DEL GRIEGO Y SIGNIFICA HINCHADO O AGRANDADO. FUÉ DESCRITO POR SCHAFFER EN 1897.

LOS ONCOCITOMAS CONSTITUYEN EL 1 % DE TODOS LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES Y EL 2.3 % DE TODOS LOS TUMORES BENIGNOS. SON MÁS FRECUENTES EN LA SEXTA Y SÉPTIMA DÉCADAS DE LA VIDA (1).

DE LOS 200 CASOS REGISTRADOS EN EL INSTITUTO DE PATOLOGÍA DE LAS FUERZAS ARMADAS 156 (78 %), SE ENCONTRARON EN PARÓTIDA Y 19 (9 %), EN GLÁNDULA SUBMAXILAR. SON INDISTINGUIBLES CLINICAMENTE DE OTROS TUMORES BENIGNOS (1).

AL EXAMEN MACROSCÓPICO EL ONCOCITOMA MUESTRA SUPERFICIE EXTERNA LISA Y MULTINODULAR. AL CORTE ES GRIS BLANQUECINO, CON ÁREAS FOCALES DE HEMORRAGIA CAFÉ ROJIZAS. ES DE CONSISTENCIA HOMOGÉNEA CON SEPTOS FIBROSOS (50).

MICROSCÓPICAMENTE ES UN TUMOR BIEN CIRCUNSCRITO, COMPUESTO DE ONCOCITOS DISPUESTOS EN BANDAS SÓLIDAS O EN GRUPOS Y CORDONES FORMANDO PATRONES ALVEOLAR Y ORGANOIDE.

EL ONCOCITO ES UNA CÉLULA GRANDE, REDONDA O POLIÉDRICA BIEN DEFINIDA, CON CITOPLASMA EOSINÓFILO ABUNDANTE Y GRANULAR (1).

LA CARACTERÍSTICA ULTRAESTRUCTURAL ES LA PRESENCIA DE MÚLTIPLES MITOCONDRIAS (46). LA TRANSFORMACIÓN MALIGNA SE HA REPORTADO EN UN SOLO CASO (47).



FIG.11 ONCOCITOMA. LOS ONCOCITOS FORMAN CORDONES Y PATRÓN ALVEOLAR.

DENTRO DE LOS TUMORES QUE TIENEN CONFIGURACIÓN PAPILAR COMO PATRÓN PREDOMINANTE O FOCOS DE ÉSTE, SE ENCUENTRAN: EL TUMOR DE WARTHIN, CISTADENOMA, ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES, ADENOCARCINOMA POLIMORFO DE BAJO GRADO, CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE Y CISTADENOCARCINOMA. HAY UN GRUPO DE NEOPLASIAS CLASIFICADAS EN EL GRUPO DE LOS PAPILOMAS DUCTALES:

- 1- SIALOADENOMA PAPILIFERO. SE PRESENTA PREFERENTEMENTE EN GLÁNDULAS SALIVALES MENORES DE CAVIDAD ORAL Y MUCOSA FARINGEA. EL 65 % SE LOCALIZÓ EN PALADAR. GENERALMENTE MIDEN MENOS DE 1 CM. LA EDAD PROMEDIO, AL TIEMPO DEL DIAGNÓSTICO ES 56 AÑOS (48). MACROSCÓPICAMENTE ES UNA LESIÓN OVOIDE DE ASPECTO PAPILAR, BIEN CIRCUNSCRITA, CAFÉ ROJIZO. MICROSCÓPICAMENTE MUESTRA PROLIFERACIÓN EXOFÍTICA Y ENDOFÍTICA DEL EPITELIO DUCTAL. LA MUCOSA TIENE PROYECCIONES PAPILARES CUBIERTAS POR EPITELIO PLANO ESTRATIFICADO ACANTÓTICO Y PARAQUERATÓSIDO CON TALLO FIBRO-VASCULAR. EL PRONÓSTICO ES EXCELENTE. SÓLO SE HA REPORTADO UNA RECIDIVA (49).
- 2- PAPILOMA DUCTAL INVERTIDO. EL LABIO INFERIOR Y LA MUCOSA VESTIBULAR BUCAL, SON LOS SITIOS MÁS AFECTADOS. EN PROMEDIO MIDEN 1 A 1.5 CM. SON NÓDULOS FIRME, CUBIERTOS POR MUCOSA. SE ORIGINAN EN LA PORCIÓN TERMINAL DEL CONDUCTO EXCRETOR DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES. LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACIÓN ES A LOS 50 AÑOS (51). MICROSCÓPICAMENTE ES UN TUMOR CIRCUNSCRITO A LÁMINA PROPIA, CON APARIENCIA EPIDERMÓIDE. LAS CÉLULAS DE EPITELIO PLANO Y BASALOIDES PROLIFERAN COMO PAPILAS, POR DEBAJO DE LA LUZ. EL TRATAMIENTO ES EXCISIÓN. NO SE HAN REPORTADO RECIDIVAS (51).
- 3- PAPILOMA INTRADUCTAL. ES MUY RARO. EN EL INSTITUTO DE PATOLOGÍA DE LAS FUERZAS ARMADAS, SE HAN REGISTRADO 24 CASOS. EL SITIO MÁS FRECUENTE DE PRESENTACIÓN ES LABIO. LA EDAD PROMEDIO ES DE 54 AÑOS. MACROSCÓPICAMENTE ES UN QUISTE BIEN CIRCUNSCRITO. LA LUZ ESTÁ OCUPADA POR MATERIAL FRIABLE. MICROSCÓPICAMENTE PARECE ORIGINARSE DEL SISTEMA DUCTAL DISTAL A LA SUPERFICIE DE LA MUCOSA. LA PARED DEL QUISTE, ESTÁ FORMADA POR UNA O DOS CAPAS DE CÉLULAS CÚBICAS O COLUMNARES, QUE SE PROYECTAN HACIA LA LUZ EN VARIAS PAPILAS. LA EXCISIÓN ES CURATIVA Y NO SE HAN REPORTADO RECIDIVAS (1).

OTRAS NEOPLASIAS EPITELIALES BENIGNAS:

A) CISTADENOMA. CONSTITUYE EL 2.2 % DE TODAS LAS NEOPLASIAS EPITELIALES BENIGNAS. LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACIÓN ES 53.5 AÑOS. EL 65 % SE PRESENTA EN GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES. SON ASINTOMÁTICAS, DE LENTO CRECIMIENTO Y GENERALMENTE MIDEN MENOS DE 1 CM. MICROSCÓPICAMENTE VARÍA EL NÚMERO Y TAMAÑO DE LOS QUISTES, PERO TODOS SON BIEN CIRCUNSCRITOS Y PUEDEN SER ENCAPSULADOS. EL EPITELIO DE LOS QUISTES ES PLANO, COLUMNAR O CÚBICO, CON CÉLULAS MUCOSAS Y ONCOCITOS (52). TIENEN EXCELENTE PRONÓSTICO. SE REPORTÓ UNA RECIDIVA (1).

B) ADENOMA SEBACEO. ES UN TUMOR RARO QUE CONSTITUYE EL 0.1 % DE TODAS LAS NEOPLASIAS DE GLÁNDULAS SALIVALES Y MENOS DEL 0.5 % DE TODOS LOS ADENOMAS SALIVALES. LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACIÓN ES 58 AÑOS. PREDOMINA EN HOMBRES. SU LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE ES LA PARÓTIDA, SEGUIDA POR LA MUCOSA BUCAL Y GLÁNDULAS SUBMAXILARES. SON ENCAPSULADOS, BLANCO GRISACEOS. MICROSCÓPICAMENTE, ESTAN COMPUESTOS POR GRUPOS DE CÉLULAS SEBÁCEAS CON ATIPIA MÍNIMA Y NO INFILTRAN ESTRUCTURAS VECINAS. TIENEN MUY BUEN PRONÓSTICO (53).

C) LINFADENOMA SEBACEO. COMO LOS ANTERIORES, ES POCO FRECUENTE. ESTA FORMADO POR GRUPOS DE GLÁNDULAS SEBÁCEAS Y CONDUCTOS, CON UN FONDO DE LINFOCITOS Y FOLÍCULOS LINFOIDES. LA EDAD DE PRESENTACIÓN MÁS FRECUENTE ES A LOS 60 AÑOS. EL SITIO MÁS COMÚN ES LA PARÓTIDA. EL PRONÓSTICO ES MUY BUENO. SÓLO SE HA REPORTADO UNA RECIDIVA (1).

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE.

ES EL CARCINOMA MÁS COMÚN DE GLÁNDULAS SALIVALES Y EL SEGUNDO, CUANDO SE SUMAN BENIGNOS Y MALIGNOS, PRECEDIDO POR EL TUMOR MIXTO BENIGNO (1). UNO DE LOS FACTORES ETIOPATOGÉNICOS ES LA RADIO TERAPIA (54).

DE 13,749 TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES, DEL INSTITUTO DE PATOLOGÍA DE LAS FUERZAS ARMADAS, 1,701 (12.4 %), SON CARCINOMAS MUCOEPIDERMÓIDES. REPRESENTAN EL 34.9 % DE TODOS LOS CARCINOMAS DE GLÁNDULAS SALIVALES (1). LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACIÓN ES DE 43.4 AÑOS. EL PACIENTE MÁS JOVEN TUVÓ 9 MESES Y EL MAYOR 90 AÑOS. (1). ES EL CARCINOMA DE GLÁNDULAS SALIVALES MÁS FRECUENTE EN MENORES DE 20 AÑOS (55). LA MAYORÍA SON DE PARÓTIDA, SEGUIDOS POR EL PALADAR Y SUBMAXILARES (1).

SE PRESENTAN CON TUMOR Y DOLOR EN LA GLÁNDULA DE MENOS DE 1 AÑO. PUEDE PARECER BIEN CIRCUNSCRITO Y MÓVIL, IMITANDO AL TUMOR MIXTO BENIGNO O PRESENTARSE CON PARÁLISIS FACIAL Y FIJACIÓN A PIEL (56). MACROSCÓPICAMENTE LA MAYORÍA CUANDO NO SE HAN TRATADO, SON BIEN CIRCUNSCRITOS. AL CORTE CONTIENEN QUISTES CON MOCO O SANGRE (1).



FIG. 12 CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE PARÓTIDA. QUISTES CON MOCO.

MICROSCÓPICAMENTE LA COMPOSICIÓN CELULAR DE LOS CARCINOMAS MUCOEPIDERMOIDES ESTÁ CARACTERIZADA POR LA PRESENCIA DE UNA VARIEDAD DE CÉLULAS COMO SON: MUCOSAS, EPIDERMOIDES, INTERMEDIAS, COLUMNARES Y CÉLULAS CLARAS. EL PATRÓN DE CRECIMIENTO ES LA BASE PARA SU RECONOCIMIENTO Y CLASIFICACIÓN EN GRADOS. ORIGINALMENTE, EL TÉRMINO MUCOEPIDERMÓIDE ENFATIZABA, LA PRESENCIA DE CÉLULAS EPIDERMOIDES Y MUCOSAS, PERO EL DIAGNÓSTICO SE PUEDE HACER EN AUSENCIA DE CÉLULAS EPIDERMOIDES (1). SE HA POSTULADO COMO SU ORIGEN, CÉLULAS DEL CONDUCTO EXCRETOR O DEL CONDUCTO INTERCALADO. SE CLASIFICAN EN GRADO BAJO, INTERMEDIO Y ALTO. EL CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE BAJO GRADO PRESENTA ESTRUCTURAS QUISTICAS CON CÉLULAS MADURAS INCLUYENDO CÉLULAS MUCOSAS Y FRECUENTEMENTE, ABUNDANTE MUCINA EXTRACELULAR. PUEDE INFILTRAR LA GLÁNDULA ADYACENTE Y TEJIDOS BLANDOS PERO LA INVASIÓN NEURAL ES RARA. EL REVESTIMIENTO DE LOS QUISTES VARÍA, DE CÉLULAS MUCOSAS A CASOS MÁS TÍPICOS QUE CONTIENEN CÉLULAS MUCOSAS, INTERMEDIAS Y EPIDERMÓIDES MEZCLADAS. EL TAMAÑO, FORMA Y TINCIÓN DE TODOS LOS TIPOS DE CÉLULAS, ES UNIFORME Y LAS MITOSIS SON RARAS (1).



FIG. 13 CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE PARÓTIDA DERECHA, DE BAJO GRADO DE MALIGNIDAD. SE OBSERVAN VARIOS QUISTES CON CÉLULAS MUCOSAS E INTERMEDIAS PREDOMINANTEMENTE. HOMBRE DE 4 AÑOS. CASO 11, TABLA No. 9

EL CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE GRADO INTERMEDIO, COMPARADO CON LOS DE BAJO GRADO, MUESTRA DIFERENCIAS CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS DE LOS QUISTES. ÉSTOS CONSTITUYEN UNA PROPORCIÓN MUCHO MENOR EN RELACIÓN AL TOTAL DEL TUMOR Y SON MÁS PEQUEÑOS QUE LOS VISTOS EN LOS CARCINOMAS DE BAJO GRADO. PREDOMINAN LAS CÉLULAS INTERMEDIAS Y CÉLULAS MUCOSAS DISPERSAS, CON CÉLULAS EPIDERMÓIDES FORMANDO GRUPOS GRANDES, SÓLIDOS. LA ATIPIA NUCLEAR, NO ES UNA CARACTERÍSTICA PERO PUEDE ESTAR PRESENTE EN FORMA FOCAL. LAS MITOSIS SON RARAS. LA DIFERENCIA ENTRE EL GRADO BAJO E INTERMEDIO, ESTÁ BASADA PRINCIPALMENTE EN LA PROPORCIÓN DE LAS ÁREAS QUISTICAS Y SÓLIDAS Y EL PREDOMINIO DE CÉLULAS INTERMEDIAS Y EPIDERMÓIDES (34).

EL CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE ALTO GRADO, ESTÁ CARACTERIZADO POR EL PREDOMINIO DE CÉLULAS INTERMEDIAS Y EPIDERMÓIDES, CON NOTABLE ATIPIA CITOLÓGICA. ESTÁ PERDIDA LA RELACIÓN NÚCLEO-CITOPLASMA, HAY NUCLÉOLO PROMINENTE Y ABUNDANTES MITOSIS (34).

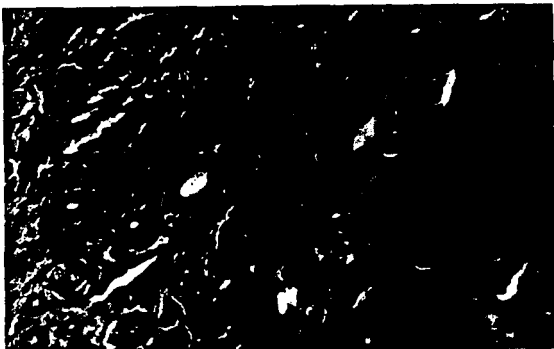


FIG. 14 CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE ALTO GRADO, DE PARÓTIDA IZQUIERDA. HAY PREDOMINIO DE CÉLULAS EPIDERMÓIDES Y PERMEACIÓN PERINEURAL. CASO 5, TABLA No. 9

LAS RECIDIVAS EN EL CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE BAJO GRADO SON DEL 10%, MIENTRAS QUE PARA LOS DE ALTO GRADO SON DEL 74% (1)

LOS PACIENTES TIENEN MÁS PROBABILIDADES DE RECIDIVAS, SI LOS MARGENES DE RESECCIÓN TIENEN TUMOR, A PESAR DEL GRADO HISTOLÓGICO. LA SOBREVIVENCIA ESTÁ ESTRECHAMENTE RELACIONADA CON EL ESTADIO CLÍNICO Y EL GRADO HISTOLÓGICO. LA EXPERIENCIA DEL CENTRO DE CÁNCER, MEMORIAL SLOAN-KETTERING ES DE 49, 42 Y 33 % PARA LOS CARCINOMAS DE BAJO, INTERMEDIO Y ALTO GRADO A 5, 10 Y 15 AÑOS, RESPECTIVAMENTE (34).

ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINARES.

EL ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES, SE ORIGINA COMO RESULTADO DE LA PROLIFERACIÓN NEOPLÁSICA Y DIFERENCIACIÓN ABERRANTE DE CÉLULAS DE RESERVA PLURIPOTENCIALES QUE NORMALMENTE SE ENCUENTRAN EN LA UNIÓN DE LOS CONDUCTOS INTERCALADOS CON LOS ACINOS O EN LOS PROPIOS CONDUCTOS INTERCALADOS. NO SE ORIGINAN DE CÉLULAS ACINARES MADURAS DESDIFERENCIADAS, COMO ANTES SE PENSABA (35).

EN UN ESTUDIO DE 294 CASOS DE ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES, LA MAYORÍA SE PRESENTARON EN LA PARÓTIDA, PREDOMINARON EN LOS HOMBRES Y FUERON MÁS FRECUENTES EN LA TERCERA DÉCADA DE LA VIDA. LA MAYORÍA MEDIAN MENOS DE 3 CM. DE DIÁMETRO Y DE LENTO CRECIMIENTO. EL DOLOR FUE EL SÍNTOMA MÁS FRECUENTE (14). MACROSCÓPICAMENTE GENERALMENTE HAY UN NÓDULO, QUE PUEDE ESTAR ENCAPSULADO.

AL CORTE ES DE COLOR GRIS BLANQUECINO O GRIS ROJIZO. PUEDE SER SÓLIDO O QUÍSTICO LA CONSISTENCIA PUEDE SER FIRME O BLANDA (1).



FIG. 15 ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES. RECIDIVANTE, INFILTRA PIEL Y TEJIDOS BLANDOS. CASO 1, TABLA No. 10.

MICROSCÓPICAMENTE HAY VARIOS PATRONES DE CRECIMIENTO: SÓLIDO-LOBULAR, MICROQUÍSTICO-ACINAR, PAPILO-QUÍSTICO, TUBULO-DUCTAL, FOLICULAR Y DESDIFERENCIADO. LOS DOS PRIMEROS, SON LOS MÁS COMUNES Y TAMBIÉN, LOS QUE SEMEJAN MÁS LA DISPOSICIÓN LOBULAR DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA NORMAL (35). EN UN ESTUDIO DE 294 CASOS, LA MITAD MOSTRARON MÚLTIPLES PATRONES DE CRECIMIENTO Y TRES CUARTAS PARTES, TUVIERON MÁS DE UN TIPO CELULAR (14).

SE CLASIFICAN EN TRES GRADOS HISTOLÓGICOS: BAJO, INTERMEDIO Y ALTO.

EL ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES DE BAJO GRADO DE MALIGNIDAD, ES MONOLOBULAR Y CIRCUNSCRITO. PUEDE SER ENCAPSULADO. MIDE GENERALMENTE MENOS DE 3 CM. Y NO AFECTA EL LÓBULO PROFUNDO DE LA PARÓTIDA.

LOS PATRONES HISTOLÓGICOS SON: SÓLIDO DIFERENCIADO, ACINAR Y MICROQUÍSTICO. EL PLEOMORFISMO ES MÍNIMO O AUSENTE. NO HAY MITOSIS, NECROSIS NI INVASIÓN (35).

EL ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES DE GRADO INTERMEDIO ES MULTILOBULADO O MULTIFOCAL, CIRCUNSCRITO PERO MENOS DEFINIDO QUE EL ANTERIOR. NO TIENE CAPSULA APARENTE. MIDE DE 3 A 6 CM. AFECTA EL LÓBULO PROFUNDO DE LA PARÓTIDA. EL PATRÓN HISTOPATOLÓGICO DE CRECIMIENTO ES TUBULO-DUCTAL EN MÁS DEL 20 % DE LOS CORTES. HAY PLEOMORFISMO FOCAL Y MITOSIS ESCASAS. HAY INVASIÓN A NERVIOS PEQUEÑOS PERO POCO EVIDENTE. LA PERMEACIÓN VASCULAR, TAMBIEN SE PUEDE ENCONTRAR EN ALGUNOS CASOS (35).

EL DE ALTO GRADO, ES UN CARCINOMA INFILTRANTE QUE MIDE 6 CM. DE DIÁMETRO, AFECTA EL LÓBULO PROFUNDO DE PARÓTIDA Y PUEDE INFILTRAR TEJIDOS BLANDOS. MICROSCÓPICAMENTE SE OBSERVAN BANDAS SINCICIALES INDIFERENCIADAS, QUE PUEDEN TENER ADEMÁS PATRONES MÁS DIFERENCIADOS COMO TUBULO-DUCTAL. PUEDE HABER FORMACIONES MICROQUÍSTICAS PERO NUNCA QUISTES GRANDES. LAS MITOSIS SON NUMEROSAS Y HAY FRANCA INVASIÓN A NERVIOS Y A VASOS SANGUÍNEOS (35).

SE HA REPORTADO RECIDIVAS DE 12 %, METÁSTASIS DE 7.8 % Y MORTALIDAD DE 6.1 % (35).

EL ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES SEGÚN ELLIS, SE DEBE CONSIDERAR, UN CARCINOMA DE BAJO GRADO DE MALIGNIDAD, YA QUE RECIDIVÓ EN EL 12 % DE SUS CASOS, DIÓ METÁSTASIS EN 7.8 % Y MURIERON UN 6.5 %. PREDOMINÓ EN HOMBRES Y SE PRESENTÓ MÁS EN LA 3ª. DÉCADA DE LA VIDA (14).



FIG. 16 ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES. PATRÓN PAPILOQUÍSTICO. CASO 8; TABLA No. 10. LA FIG. 3 ES DE LA MISMA PACIENTE.

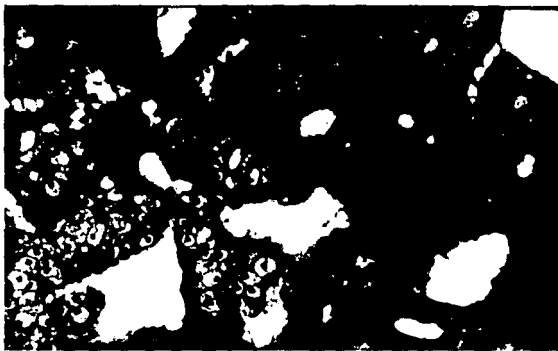


FIG. 17 CA. DE CÉLULAS ACINARES. PATRÓN MICROQUÍSTICO-ACINAR, DE LA MISMA PACIENTE DE LA FIG. ANTERIOR.

EN 1984 EVANS Y BATSAKI, DESCRIBIERON UN GRUPO DE NEOPLASIAS DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES ORALES QUE LLAMARON, ADENOCARCINOMA POLIMORFO DE BAJO GRADO (36). ANTERIORMENTE SE LES LLAMABA: CARCINOMA DUCTAL, CARCINOMA LOBULAR, CARCINOMA PAPILAR Y CARCINOMA TRABECULAR. EN EL INSTITUTO DE PATOLOGÍA DE LAS FUERZAS ARMADAS HAY 75 CASOS REGISTRADOS. LA EDAD DE LOS PACIENTES FUÉ DE 21 A 94 AÑOS, CON UNA MEDIA DE 60 AÑOS. EL SITIO MÁS FRECUENTE DE PRESENTACIÓN FUÉ EL PALADAR (44 CASOS), SEGUIDO POR EL LABIO Y LA MEJILLA. MACROSCÓPICAMENTE SON LESIONES POLIPOIDES, REDONDAS A OVALES, CUBIERTAS POR MUCOSA. MIDEN DE 0.1 A 0.6 CM(36).

MICROSCÓPICAMENTE SE HAN DESCRITO VARIOS PATRONES DE CRECIMIENTO, SÓLIDO, GLANDULAR, CRIBIFORME, DUCTULAR, TUBULAR, TRABECULAR Y QUISTICAS (1). EVANS Y BATSAKIS REPORTARON 14 CASOS QUE SE CARACTERIZARON POR DIVERSIDAD DE PATRONES HISTOLÓGICOS, QUE VARIABAN DE SÓLIDO A TUBULAR, PAPILAR, CRIBIFORME (SEUDOADENOIDEO QUISTICO) Y FASCICULAR. LAS CÉLULAS SON UNIFORMES Y SIN ATIPIA. LAS MITOSIS SON RARAS. LA NECROSIS SE ENCONTRÓ EN UN SOLO CASO. ALGUNAS VECES SE OBSERVA CITOPLASMA CLARO, METAPLASIA OXIFÍLICA, MUCINOSA Y CALCIFICACIONES INTRA TUBULARES. LA MUCINA Y LA HIALINIZACIÓN EN EL ESTROMA SON FRECUENTES. ÉSTAS NEOPLASIAS NO SIEMPRE SON ENCAPSULADAS E INFILTRAN TEJIDO CIRCUNDANTE, INCLUYENDO HUESO. DE LOS 14 CASOS, 8 SE PRESENTARON EN HOMBRES Y 6 EN MUJERES, TODOS FUERON INTRA ORALES. ONCE CASOS SE ENCONTRARON EN EL PALADAR. LA RECIDIVA LOCAL SE OBSERVÓ SOLO EN UN CASO. METÁSTASIS A GANGLIOS LINFÁTICOS EN UN CASO Y METÁSTASIS Y RECIDIVA EN DOS. ALGUNAS VECES FUERON NECESARIOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS RADICALES PARA EL CONTROL DEL TUMOR (36).

ADENOCARCINOMA DE CELULAS BASALES.

EN UNA SERIE GRANDE, SE PUBLICARON 43 CASOS DE ADENOCARCINOMAS DE CÉLULAS BASALES. REPRESENTAN EL 2% DE TODOS LOS TUMORES EPITELIALES MALIGNOS DE GLÁNDULAS SALIVALES. TREINTA Y NUEVE CASOS SE PRESENTARON EN LA PARÓTIDA Y CUATRO EN GLÁNDULAS SUBMAXILARES. LA EDAD PROMEDIO FUÉ A LOS 60 AÑOS(1). EL AGRANDAMIENTO DE LA GLÁNDULA ES EL SÍNTOMA PRINCIPAL, CON DOLOR OCASIONAL. MICROSCÓPICAMENTE LAS CARACTERÍSTICAS CELULARES SON SIMILARES A LAS DEL ADENOMA DE CÉLULAS BASALES. SOLO QUE EL CARCINOMA INFILTRA TEJIDO CIRCUNDANTE, MUSCULO ESQUELÉTICO, GRASA Y DERMIS (57). EN ESTA SERIE 7 TUVIERON RECIDIVAS, TRES METÁSTASIS A GANGLIOS LINFÁTICOS Y UNO A PULMÓN (1).

CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO.

EL CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO, SE PRESENTA EN LA QUINTA, SEXTA Y SÉPTIMA DÉCADA DE LA VIDA. NO HAY PREDILECCIÓN POR SEXOS. CLINICAMENTE EL TUMOR ES DOLOROSO, ALGUNAS VECES (1).

EN UN ESTUDIO DE 62 CASOS: DOCE FUERON DE PARÓTIDA, DIEZ SUBMAXILARES, 14 EN SENOS DE CAVIDAD NASAL, NUEVE EN CAVIDAD ORAL, SIETE EN PALADAR, CUATRO EN NASOFARINGE, DOS DE TRAQUEA Y DOS EN CANAL AUDITIVO (38).

MACROSCÓPICAMENTE, SON POBREMENTE CIRCUNSCRITOS. AL CORTE TIENEN SUPERFICIE FIRME, BLANQUECINA, CON INVASIÓN EVIDENTE A TEJIDOS BLANDOS Y EN OCASIONES A HUESO. ESTÉ ÚLTIMO EVENTO SE OBSERVA MÁS EN GLÁNDULAS SALIVALES MENORES(39).

EN UN ESTUDIO DE 426 TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES INTRA ORALES, 40 CORRESPONDIERON A CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO Y 19 CASOS SE DETECTARON EN EL PALADAR (40).

MICROSCÓPICAMENTE SE RECONOCEN TRES PATRONES HISTOLÓGICOS: TUBULAR, CRIBIFORME Y SÓLIDO (1).

EN UN ESTUDIO DE 86 CASOS DE CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES, VEINTICUATRO FUERON SÓLIDOS, CUARENTA Y OCHO CRIBIFORMES Y QUINCE TUBULARES. CON RECIDIVAS DEL 14, 36 Y 70% RESPECTIVAMENTE A 5 AÑOS (41).

LA COMPOSICIÓN DE ESTOS CARCINOMAS ESTÁ CONSTITUÍDA POR CÉLULAS INDIFERENCIADAS Y CÉLULAS QUE SE DIFERENCIAN HACIA CONDUCTOS, PREDOMINANTEMENTE INTERCALADOS Y MIDEPIHELIO (42).

EXISTEN TRES GRADOS HISTOLÓGICOS:

CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO GRADO 1. FRECUENTEMENTE SON CIRCUNSCRITOS Y PEQUEÑOS CON PATRON DE CRECIMIENTO EMPUJANTE O INFILTRATIVO. LA INVASIÓN PERINEURAL A NERVIOS PEQUEÑOS SE PUEDE ENCONTRAR. HAY ARQUITECTURA TUBULAR O DUCTAL. CITOLÓGICAMENTE NO HAY ATIPIAS NI MITOSIS. LOS CAMBIOS ESTROMALES SON POCO APARENTES, CON HIALINIZACIÓN LEVE Y SIN NECROSIS. FRECUENTEMENTE COEXISTE CON PATRON CRIBIFORME.

CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO GRADO 2. ES POBREMENTE CIRCUNSCRITO Y EN RAROS CASOS ENCAPSULADO. LA INFILTRACIÓN ES MÁS EVIDENTE QUE EN EL GRADO ANTERIOR ASI COMO LA INVASIÓN PERINEURAL. LA ARQUITECTURA ES CRIBIFORME O CILINDROMATOSA. LAS MITOSIS SON ESCASAS, EL PLEOMORFISMO Y POLIMORFISMO ES MODERADO. LOS CAMBIOS

ESTROMALES SON PROMINENTES, CON HIALINIZACIÓN ABUNDANTE Y NECROSIS FOCAL. PUEDE OCURRIR EN FORMA PURA O COEXISTIR CON FORMA TUBULAR.

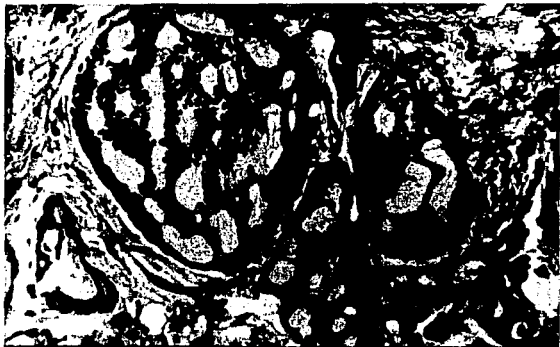


FIG. 18 CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO. PATRÓN CRIBIFORME.
CASO 2, TABLA No. 12



FIG. 19 CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO. TUBULOS Y BANDAS DE
CÉLULAS CON PERMEACIÓN PERINEURAL. CASO 6, TABLA No. 12

CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO GRADO 3. NUNCA ES CIRCUNSCRITO NI ENCAPSULADO. TIENE PATRÓN INFILTRATIVO DE CRECIMIENTO CON INVASIÓN PERINEURAL FACILMENTE IDENTIFICABLE. HAY BANDAS SÓLIDAS DE CÉLULAS BASALOIDES ATÍPICAS, DE APARIENCIA INDIFERENCIADA CON NUMEROSAS MITOSIS. LA NECROSIS ES FRECUENTE Y DE TIPO COMEDO. RARAMENTE SE ENCUENTRA EN FORMA PURA. EN OCASIONES NO PUEDE SER RECONOCIDO COMO CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO Y COEXISTE CON EL GRADO DOS (43).

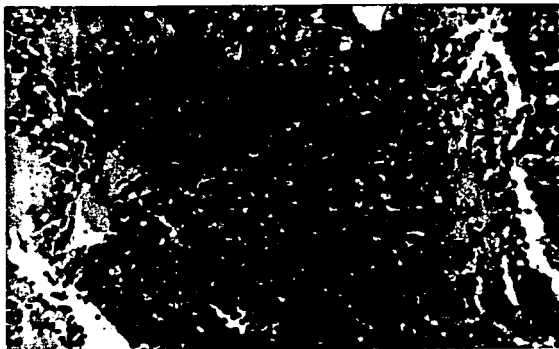


FIG.20 CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO DE ALTO GRADO. PATRÓN SÓLIDO. CASO 6, TABLA No. 12

LOS FACTORES QUE DETERMINAN EL CURSO CLÍNICO EN ESTOS TUMORES SON: PATRÓN HISTOLÓGICO, PRESENCIA O AUSENCIA DE TUMOR EN LOS LÍMITES QUIRÚRGICOS, SITIO DEL TUMOR, TAMAÑO DE LA LESIÓN PRIMARIA Y METÁSTASIS A GANGLIOS LINFÁTICOS (38). EN ESTA ENTIDAD, EL CONTROL LOCAL DEL TUMOR, SE LOGRA CON CIRUGÍA MÁS RADIOTERAPIA, PERO LA ALTA FRECUENCIA DE METÁSTASIS A DISTANCIA NO SE ALTERA CON ESTE TRATAMIENTO (12).

TUMORES MIXTOS MALIGNOS DE GLANDULAS SALIVALES.

SON POCO FRECUENTES, ENTRE ELLOS SE INCLUYEN TRES:

- 1.- CARCINOMA EX-TUMOR MIXTO.
- 2.- CARCINOSARCOMA.
- 3.- TUMOR MIXTO METASTATIZANTE.

EL PRIMERO, ES EL MÁS COMÚN, LOS OTROS DOS SON MUY RAROS (1).

CARCINOMA EX-TUMOR MIXTO, ES UNA NEOPLASIA QUE SE DESARROLLA A PARTIR DEL COMPONENTE EPITELIAL Y TIENE TODOS LOS CRITERIOS DE MALIGNIDAD. EN UNA SERIE GRANDE, SE ENCONTRARON 326 CASOS. LOS CUALES CONSTITUYEN EL 2.2 % DE TODOS LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES Y EL 6.5 % DE TODOS LOS TUMORES MALIGNOS (1). SE PRESENTAN DE LA SEXTA A LA OCTAVA DÉCADAS DE LA VIDA, CON UNA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACIÓN A LOS 56.4 AÑOS. CON IGUAL FRECUENCIA EN AMBOS SEXOS (58). DE LOS 326 CASOS, 80 % SE LOCALIZARON EN GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES Y 17.5 % EN MENORES. 210 CASOS SE LOCALIZARON EN PARÓTIDA, 43 EN GLÁNDULAS SUBMAXILARES, 36 EN PALADAR Y EL RESTO EN OTRAS GLÁNDULAS SALIVALES MENORES (58).

LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS FUERON VARIABLES, EL MÁS FRECUENTE FUÉ UN TUMOR DOLOROSO (1). MACROSCÓPICAMENTE, EL TAMAÑO ES DOS VECES MAYOR QUE SU CONTRAPARTE BENIGNA. MIDEN DE 1.5 A 25 CM. (59). SON TUMORES POCO CIRCUNSCRITOS Y LA MAYORÍA MUESTRAN FRANCA INFILTRACIÓN. LA SUPERFICIE DE CORTE ES SÓLIDA, BLANQUECINA O CAFÉ GRISACEO. MICROSCÓPICAMENTE HAY CÉLULAS EPITELIALES CON PÉRDIDA DE LA RELACIÓN NÚCLEO CITOPLASMA, NUCLÉOLO PROMINENTE Y ABUNDANTES MITOSIS. EL PATRÓN HISTOLÓGICO MÁS PREVALENTE, ES EL DE ADENOCARCINOMA POCO DIFERENCIADO O CARCINOMA INDIFERENCIADO. SU CARACTERÍSTICA INFILTRATIVA-DESTRUCTIVA ES EL CRITERIO MÁS CONFIABLE PARA EL DIAGNÓSTICO (60).

EL CARCINOMA EX-TUMOR MIXTO, SE PUEDE PRESENTAR DE DOS FORMAS: EN UN TUMOR MIXTO PRIMARIO O RECIDIVANTE (1). ESTA NEOPLASIA TIENE RECIDIVAS EN EL 40 A 50 % DE LOS CASOS, CON MAYOR PROBABILIDAD EN LOS QUE SE LOCALIZAN EN GLÁNDULAS SUBMAXILARES O EN PALADAR (58,60). CUANDO NO HAY INVASIÓN CAPSULAR, TIENEN EXCELENTE PRONÓSTICO, SIMILAR AL TUMOR MIXTO BENIGNO. LOS QUE INFILTRAN LA CÁPSULA TIENEN POBRE PRONÓSTICO, CON 25 A 65 % DE SOBREVIDA A 5 AÑOS Y 24 A 50% A 10 AÑOS (58).

CARCINOSARCOMA, ES CONOCIDO TAMBIÉN COMO TUMOR MIXTO MALIGNO VERDADERO. ES UN TUMOR EL EL CUAL LOS COMPONENTES ESTROMAL Y EPITELIAL, LLENAN TODOS LOS CRITERIOS DE MALIGNIDAD. EN UNA SERIE GRANDE SÓLO HAY 8 CASOS, CORRESPONDIENDO AL 0.05 % DE TODOS LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES Y AL 0.16 % DE TODOS LOS TUMORES MALIGNOS. EL PROMEDIO DE EDAD DE PRESENTACIÓN ES A LOS 56.5 AÑOS (1).
MACROSCÓPICAMENTE SON INFILTRANTES. OCASIONALMENTE SON PARCIAL O TOTALMENTE ENCAPSULADOS. AL CORTE SON GRIS AMARILLENTO, PUEDEN TENER QUISTES, HEMORRAGIA Y CALCIFICACIONES. MIDEN DE 1 A 9 CM. DE DIÁMETRO (61).
MICROSCÓPICAMENTE SON BIFÁSICOS CON PROPORCIÓN VARIABLE DE CARCINOMA Y SARCOMA. EL COMPONENTE SARCOMATOSO ES EL QUE PREDOMINA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, CON ELEMENTOS DE CONDROSARCOMA MÁS FRECUENTEMENTE, AUNQUE PUEDE HABER FOCOS DE OSTEOSARCOMA, FIBROSARCOMA, SARCOMA DE ALTO GRADO E HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO. EL COMPONENTE DE CARCINOMA ES UN ADENOCARCINOMA DUCTAL, DE ALTO GRADO O CARCINOMA INDIFERENCIADO. EL PROMEDIO DE SOBREVIDA ES DE 29.3 MESES (1).

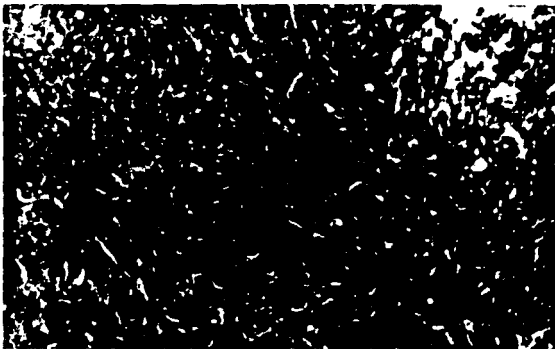


FIG. 21 TUMOR MIXTO MALIGNO DE PARÓTIDA IZQUIERDA. PATRÓN SARCOMATOIDE. CASO 1, TABLA No. 14

TUMOR MIXTO METASTATIZANTE ES HISTOLÓGICAMENTE IDÉNTICO AL TUMOR MIXTO BENIGNO, QUE POR RAZONES DESCONOCIDAS METASTATIZA. LAS METÁSTASIS TIENEN COMPONENTE ESTROMAL Y EPITELIAL DE ASPECTO BENIGNO. EN EL INSTITUTO DE PATOLOGÍA DE LAS FUERZAS ARMADAS HAY 27 CASOS REGISTRADOS. TRECE CASOS SE PRESENTARON EN HOMBRES Y 9 EN MUJERES EN CINCO CASOS NO SE CONOCE EL SEXO. EN LA PARÓTIDA SE ENCONTRARON 18 CASOS, 3 EN LAS GLÁNDULAS SUBMAXILARES, 2 EN PALADAR Y 1 EN SITIO NO CONOCIDO. LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACIÓN ES DE 29.9 AÑOS .

VEINTE PACIENTES TENÍAN ANTECEDENTE DE RESECCIÓN DE UN TUMOR MIXTO BENIGNO. EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO DEL TUMOR PRIMARIO Y LA PRIMERA METÁSTASIS FUÉ DE 1.5 A 51 AÑOS CON UN PROMEDIO DE 16.6 AÑOS (1)

NAGGAR POSTULA QUE EL MANEJO QUIRÚRGICO REPETIDO, PROVOCA EL ACCESO DE CÉLULAS NEOPLÁSICAS A LOS VASOS (63).

EL SEGUIMIENTO DE QUINCE PACIENTES MOSTRÓ QUE 6 MURIERON CON METÁSTASIS A DISTANCIA, SIETE ESTAN LIBRES DE TUMOR, DOS ESTAN VIVOS, UNO CON METÁSTASIS A PULMÓN Y OTRO A HUESO SACRO (1).

CARCINOMA EPIDERMÓIDE. EL DIAGNÓSTICO DE ESTE CARCINOMA, ESTA LIMITADO A GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES, YA QUE LA DISTINCIÓN ENTRE TUMORES PRIMARIOS DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES ORIGINADOS EN LA SUPERFICIE EPITELIAL ADYACENTE, GENERALMENTE NO ES POSIBLE (1).

EN UNA SERIE SE REPORTARON 224 CARCINOMAS EPIDERMÓIDES DE GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES QUE REPRESENTAN EL 4.4 % DE TODOS LOS TUMORES MALIGNOS DE LA SERIE. LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACIÓN ES A LOS 60.5 %. SIENDO MÁS FRECUENTE EN EL SEXO MASCULINO (86.3%). LA MAYORÍA FUERON DE PARÓTIDA (169 CASOS). EL TUMOR PUEDE SER ASINTOMÁTICO O PUEDE PRESENTARSE CON PARÁLISIS FACIAL(1).

MACROSCÓPICAMENTE NO SON ENCAPSULADOS. HISTOLÓGICAMENTE SON IGUAL A LOS CARCINOMAS EPIDERMÓIDES DE OTROS SITIOS (64). LA MAYORÍA SON BIEN O MODERADAMENTE DIFERENCIADOS. SE DEBEN HACER TINCCIONES PARA HOCO PARA DESCARTAR CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE ALTO GRADO (1).

LOS FACTORES QUE INDICAN MAL PRONÓSTICO SON: LA PRESENCIA DE ULCERACIÓN, FIJACIÓN, EDAD Y ESTADIO CLÍNICO AVANZADO. SE REPORTÓ UNA SOBREVIVENCIA A 5 AÑOS DE 24 % (1).

CARCINOMA DE CELULAS CLARAS. BATSAKIS HA SUGERIDO QUE EL CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS ES UNA VARIANTE DEL CARCINOMA EPITELIAL MIOEPITELIAL, EN EL QUE LA DIFERENCIACIÓN DUCTAL ES POCO APARENTE (65). EN UNA SERIE CONSTITUYEN EL 1.5 % DE TODOS LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES Y EL 3.2 % DE TODOS LOS TUMORES MALIGNOS (1). EL 57 % SE PRESENTARON EN GLÁNDULAS SALIVALES MENORES, INTRA ORALES. NO HAY PREDILECCIÓN POR SEXO. LA EDAD DE PRESENTACIÓN VARIA DE 18 A 86 AÑOS, CON

UNA MEDIA DE 56 AÑOS (1).

SON BIEN CIRCUNSCRITOS PERO NO ENCAPSULADOS. AL CORTE SON SÓLIDOS, GRIS BLANQUECINOS O CAFÉ GRISÁCEOS. LA CARACTERÍSTICA HISTOLÓGICA PRINCIPAL ES LA CÉLULA CLARA, AUNQUE PUEDEN ENCONTRARSE CÉLULAS CON CITOPLASMA EOSINÓFILO, DE NÚCLEO UNIFORME Y POCAS MITOSIS. LAS CÉLULAS FORMAN NIDOS, PEQUEÑOS GRUPOS O CORDONES. LOS TUMORES QUE PRESENTAN GRUPOS GRANDES, SEMEJAN EL CARCINOMA EPITELIAL MIOEPITELIAL, EXCEPTO POR LA AUSENCIA DE CÉLULAS DUCTALES EOSINÓFILAS, QUE REVISTEN PEQUEÑOS CONDUCTOS (65).

EN ESTA NEOPLASIA, LA INFILTRACIÓN PERMITE DIFERENCIARLO DEL ADENOMA DE CÉLULAS CLARAS. LO POCO FRECUENTE DE ESTOS TUMORES Y LO CONFUSO DE LA TERMINOLOGÍA, NO PERMITEN PREDECIR EL COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO, SIN EMBARGO EL PATRÓN DE INFILTRACIÓN Y LAS RECIDIVAS CON METÁSTASIS A GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES, INDICAN QUE ES APROPIADO CONSIDERARLOS COMO ADENOCARCINOMAS DE BAJO GRADO (1).

CARCINOMAS INDIFERENCIADOS. A ESTE GRUPO PERTENECEN:

- A) CARCINOMA LINFOEPITELIAL
- B) CARCINOMA INDIFERENCIADO DE CELULAS GRANDES
- C) CARCINOMA INDIFERENCIADO DE CELULAS PEQUEÑAS

EN UNA SERIE DE 15000 TUMORES, 0.4 % FUERON DIAGNOSTICADOS COMO CARCINOMAS INDIFERENCIADOS (1).

CARCINOMA LINFOEPITELIAL.

EL TERMINO DE LESIÓN LINFOEPITELIAL MALIGNA, NO ES APROPIADO YA QUE NO ESPECIFICA, QUE CÉLULA ES LA MALIGNA. POR LO ANTERIOR ES MEJOR LLAMARLO, CARCINOMA LINFOEPITELIAL, QUE INDICA QUE EL COMPONENTE EPITELIAL ES EL MALIGNO (1). ES MÁS FRECUENTE EN MUJERES 2:1. HAY 106 CASOS REPORTADOS EN LA LITERATURA. LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACIÓN ES DE 44 AÑOS EN HOMBRES Y 36 AÑOS EN MUJERES. LA PARÓTIDA FUÉ EL SITIO DE PRESENTACIÓN EN EL 90% DE LOS CASOS. SE OBSERVÓ PARÁLISIS FACIAL EN MENOS DEL 20 % DE LOS PACIENTES (1).

MUCHOS AUTORES HAN MENCIONADO QUE ESTE CARCINOMA SE ORIGINA DE LA LESIÓN LINFOEPITELIAL BENIGNA. UNA EVALUACIÓN DETALLADA DE ESTAS PUBLICACIONES MOSTRÓ QUE TALES CONCLUSIONES ESTAN BASADAS EN LA OBSERVACIÓN DE FOCOS PARECIDOS A LESIÓN LINFOEPITELIAL BENIGNA EN ÁREAS ADYACENTES AL CARCINOMA (66).

ALGUNOS INVESTIGADORES ORIENTALES MENCIONAN AL VIRUS DEL EBSTEIN BARR COMO AGENTE ETIOLÓGICO (67). AL CORTE EL TUMOR ES SÓLIDO, CAFÉ GRISACEO O GRIS AMARILLENTO. MIDE DE 2 A 3 CM. DE DIÁMETRO. LA IMAGEN MICROSCÓPICA A POCO AUMENTO RECUERDA LA LESIÓN LINFOEPITELIAL BENIGNA, CON ISLAS EPITELIALES OVALES E IRREGULARES, RODEADAS DE ESTROMA LINFOIDE BENIGNO. LOS CENTROS GERMINALES Y LA FIBROSIS PUEDEN SER EVIDENTES. A MAYOR AUMENTO LAS CÉLULAS EPITELIALES SON POLIGONALES O FUSIFORMES, SIN FORMACIÓN DE LUCES. LOS NUCLEOS SON GRANDES Y ALGUNAS VECES VESICULOSOS. LAS MITOSIS SON EVIDENTES. LA ANAPLASIA NO ES SIGNIFICATIVA. EL ESTROMA LINFOIDE INCLUYE CÉLULAS PLASMÁTICAS, INMUNOBLASTOS Y OCASIONALMENTE HISTIOCITOS EPITELIOIDES (68).

EL CARCINOMA LINFOEPITELIAL, NO ES EXCLUSIVO DE GLÁNDULAS SALIVALES. PUEDE VERSE ALGO SIMILAR EN NASOFARINGE, ESÓFAGO, ESTÓMAGO, MAMA Y CERVIX UTERINO (1). LOS ESQUIMALES TIENEN METÁSTASIS EN 30 A 50% A DIFERENCIA DE LOS ORIENTALES QUE TIENEN MENOS DEL 10 % (1).

KRISHNAMURTHY Y COL. CLASIFICARON SUS CASOS EN BAJO Y ALTO GRADO, EN BASE A CARACTERÍSTICAS HISTOMORFOLÓGICAS Y CITOLÓGICAS. LOS PACIENTES CON CARCINOMA DE BAJO GRADO, PERMANECIERON BIEN Y SIN METÁSTASIS, MIENTRAS QUE LOS PACIENTES CON CARCINOMA DE ALTO GRADO TUVIERON MAL PRONÓSTICO Y METÁSTASIS A DISTANCIA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS (1).



FIG. 22 CARCINOMA LINFOEPITELIAL DE PARÓTIDA. CASO 2, TABLA 11

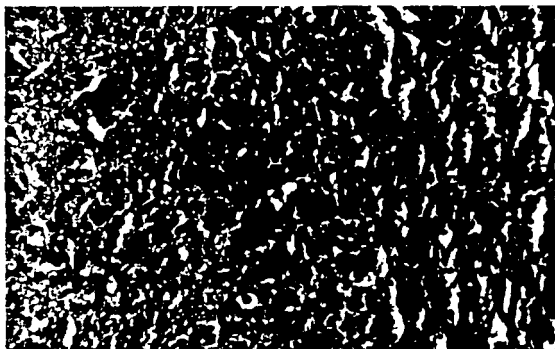


FIG. 23 MICROFOTOGRAFÍA DEL CARCINOMA LINFOEPITELIAL ANTERIOR.
A LA IZQUIERDA NÚCLEOS GRANDES VESICULOSOS CON NUCLÉOLO APA-
RENTE. A LA DERECHA ESTROMA LINFOIDE BENIGNO.

CARCINOMA INDIFERENCIADO DE CELULAS GRANDES, DE VEINTITRES CASOS DE CARCINOMAS DE CÉLULAS GRANDES, QUINCE FUERON HOMBRES Y OCHO MUJERES. LA EDAD VARIO DE 21 A 86 AÑOS, CON UNA MEDIA DE 62.7 AÑOS. NO TIENE PREDOMINIO POR SEXO. QUINCE (65%), SE PRESENTARON EN PARÓTIDA (1).

FRECUENTEMENTE INFILTRAN FASCIA Y MÚSCULO ADYACENTE Y SE FIJAN A LA PIEL. SON SÓLIDOS O QUISTICOS Y TIENEN NECROSIS. MICROSCÓPICAMENTE LAS CÉLULAS SON POLIGONALES A FUSIFORMES, DISPUESTAS EN CORDONES O DELGADAS TRABÉCULAS, SEPARADAS POR ESTROMA FIBROVASCULAR. SE CONSIDERA QUE LAS CÉLULAS POLIGONALES, SON DE ORIGEN DUCTAL Y QUE LAS FUSIFORMES, SON MIOEPITELIALES. LA NECROSIS FOCAL Y LA HEMORRAGIA PUEDEN SER EVIDENTES, ASI COMO LAS MITOSIS. ES IMPORTANTE EL HECHO DE QUE ESTOS TUMORES PUEDEN COEXISTIR CON OTROS CARCINOMAS DE GLÁNDULAS SALIVALES COMO SON, EL CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO, EL ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS ACINARES Y EL CARCINOMA EPITELIAL MIOEPITELIAL (1).

HUI Y COL. REPORTARON QUE LOS CARCINOMAS INDIFERENCIADOS DE CÉLULAS GRANDES Y PEQUEÑAS RECIDIVARON EN EL 53 %, METÁSTASIS A GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES EN EL 53 %, METÁSTASIS A DISTANCIA Y MUERTE A CAUSA DEL CARCINOMA EN EL 63 % (69).

CARCINOMA INDIFERENCIADO DE CELULAS PEQUEÑAS, ES RARO EN GLÁNDULAS SALIVALES. VARIOS INVESTIGADORES LOS HAN CLASIFICADO EN BASE AL TAMAÑO CELULAR. SE LES LLAMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS A LOS QUE MIDEN MENOS DE 30 MM (69).

EN EL ISNTITUTO DE PATOLOGÍA DE LAS FUERZAS ARMADAS DE 56 CARCINOMAS INDIFERENCIADOS, 36 % FUERON CLASIFICADOS COMO DE CÉLULAS PEQUEÑAS. CONSTITUYEN MENOS DEL 1 % DE TODOS LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES. LA EDAD DE PRESENTACIÓN FUÉ DESDE 5 HASTA 84 AÑOS. EL 85 % SE DETECTÓ EN LA PARÓTIDA Y EL RESTO EN GLÁNDULAS SUBMAXILARES (1).

MACROSCÓPICAMENTE SON MAL DELIMITADOS, INFILTRANTES, SÓLIDOS, DE COLOR GRIS AMARILLENTO (70).

HISTOLÓGICAMENTE REUNEN LOS CRITERIOS DE LA OMS PARA CLASIFICARLOS COMO DE CÉLULAS AVENULARES Y CÉLULAS INTERMEDIAS. ESTAN COMPUESTOS DE GRANDES BANDAS, CORDONES O GRUPOS DE CÉLULAS REDONDAS A OVALES, ANAPLÁSICAS DE ESCASO CITOPLASMA, NÚCLEO HIPERCROMÁTICO CON CROMATINA FINAMENTE GRANULAR Y NUCLÉOLO POCO APARENTE. LAS MITOSIS Y LA NECROSIS SON EVIDENTES (71).

LA ULTRA ESTRUCTURA DEMUESTRA DOS TIPOS DE CÉLULAS, UNAS NEUROENDÓCRINAS CON GRANULOS NEUROSECRETORES Y OTRAS CON CARACTERÍSTICAS DE CÉLULAS DE CONDUCTOS INTERCALADOS (70). EL PRONÓSTICO ES MEJOR QUE EN PULMÓN O LARINGE, CON SOBREVIDA A 2 Y 5 AÑOS DE 70 Y 46 % RESPECTIVAMENTE (70).

OTROS CARCINOMAS MENOS FRECUENTES SON: CARCINOMA ADENOESCAMOSO, CARCINOMA ONCOCITICO, CISTADENOCARCINOMA, NEOPLASIAS SEBACEAS MALIGNAS, CARCINOMA DE CONDUCTOS SALIVALES, ADENOCARCINOMA MUCINOSO Y CARCINOMA MIOEPITELIAL (1).

CARCINOMA ADENOESCAMOSO. TIENE CARACTERÍSTICAS DE ADENOCARCINOMA Y DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE. EN UNA SERIE GRANDE EL 85 % DE LOS TUMORES SE LOCALIZARON EN LA LENGUA, PISO DE LA BOCA Y AMIGDALAS. TODOS LOS PACIENTES SON HOMBRES. CLINICAMENTE SE PRESENTAN CON ULCERACIÓN DE LA MUCOSA, DOLOR Y TUMOR. HISTOLÓGICAMENTE EL COMPONENTE EPIDERMÓIDE ES DE MODERADA A BIEN DIFERENCIADO, INFILTRANTE Y QUE SE ENCUENTRA USUALMENTE EN LÁMINA PROPIA Y SUBMUCOSA. MEZCLADAS CON EL COMPONENTE ESCAMOSO SE OBSERVAN GLÁNDULAS MALIGNAS QUE APARENTEMENTE SE ORIGINAN DE LOS CONDUCTOS EXCRETORES O INTERLOBULARES. LA INVASIÓN PERINEURAL Y VASCULAR ES FRECUENTE. CINCO DE SEIS PACIENTES REPORTADOS EN LA LITERATURA MURIERON A CAUSA DEL TUMOR Y EL SEXTO SE REPORTÓ VIVO PERO CON METÁSTASIS (1).



FIG. 24 CARCINOMA ADENOESCAMOSO. ARRIBA ADENOCARCINOMA EN UN CONDUCTO, ABAJO EL COMPONENTE EPIDERMÓIDE. CASO 7, TABLA 11

CARCINOMA ONCOCÍTICO. ESTA CARACTERIZADO POR LA PRESENCIA DE ONCOCITOS CON CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS DE MALIGNIDAD, EVIDENCIA DE METÁSTASIS O AMBAS. LOS TUMORES ONCOCÍTICOS BENIGNOS Y MALIGNOS DE GLÁNDULAS SALIVALES, CONSTITUYEN EL 1 % DE TODAS LAS NEOPLASIAS DE ESTOS SITIOS. SE HAN REPORTADO 32 CASOS EN LA LITERATURA. LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACIÓN ES DE 64 AÑOS. PREDOMINA EN HOMBRES Y EN GLÁNDULA PARÓTIDA. SE PUEDE ORIGINAR EN UN ONCOCITOMA DE LARGA EVOLUCIÓN O DE NOVO. MIDEN DE 0.5 A 8 CM. EL DIAGNÓSTICO PUEDE SER DIFÍCIL. EL PRINCIPAL REQUISITO, ES RECONOCERLO COMO NEOPLASIA ONCOCÍTICA, CONSTITUIDA POR CÉLULAS POLIÉDRICAS O REDONDAS CON CITOPLASMA GRANULAR EOSINÓFILO, DISPUESTAS EN PATRÓN ALVEOLAR O SINCICIAL. EL SEGUNDO CRITERIO ES OBSERVAR EL COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y/O HISTOPATOLÓGICO. LA FALTA DE CÁPSULA ES UN DATO IMPORTANTE DE MALIGNIDAD, ASI COMO LA INFILTRACIÓN GLANDULAR. ADEMÁS SE PUEDE OBSERVAR INFILTRACIÓN PERINEURAL, VASCULAR, A TEJIDOS BLANDOS Y METÁSTASIS A GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES. LOS CARCINOMAS ONCOCÍTICOS METASTATIZARON A GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES U ÓRGANOS DISTANTES EN 19 DE LOS 32 CASOS REPORTADOS (60%) (1,72).

CISTADENOCARCINOMA. ES UN ADENOCARCINOMA QUE MUESTRA ESTRUCTURAS QUISTICAS GRANDES CON REVESTIMIENTO EPITELIAL QUE PUEDE O NO, TENER PATRÓN DE CRECIMIENTO PAPILAR. LOS SÍNTOMAS DEPENDEN DEL SITIO ANATÓMICO AFECTADO. EN EL INSTITUTO DE PATOLOGÍA DE LAS FUERZAS ARMADAS, SE HAN REGISTRADO 23 CASOS. DOCE EN LA PARÓTIDA, 4 EN GLÁNDULAS SUBMAXILARES. EL RESTO EN GLÁNDULAS SALIVALES MENORES. SE PRESENTARON EN PACIENTES DE 20 HASTA 86 AÑOS, CON UNA MEDIA A LOS 54.7 AÑOS (1). AL EXAMEN MICROSCÓPICO HAY MÚLTIPLES QUISTES QUE VARIAN EN TAMAÑO. PUEDEN SER CIRCUNSCRITOS O INFILTRAR TEJIDO GLANDULAR VECINO. LAS LUCES DE LOS QUISTES CON FRECUENCIA CONTIENEN MATERIAL DE ASPECTO MUCOSO. PUEDE HABER HEMORRAGIA Y CALCIFICACIÓN FOCAL. EL 80% TIENEN PAPILAS. EL EPITELIO DE LOS QUISTES ESTA FORMADO POR CÉLULAS CÚBICAS O COLUMNARES ALTAS Y CON FRECUENCIA HAY CÉLULAS BASALOIDES, ONCOCÍTICAS, CLARAS Y MUCOSAS, EN UN MISMO TUMOR FORMANDO ÁREAS EPITELIALES SÓLIDAS (1). LA MAYORÍA DE ESTOS TUMORES SON CARCINOMAS DE BAJO GRADO. EL PRONÓSTICO REPORTADO ES DE SOBREVIVENCIA A 5 AÑOS EN EL 69 % (73).

NEOPLASIAS MALIGNAS SEBACEAS. CONSTITUYEN MENOS DEL 0.5 % DE TODOS LOS TUMORES. ESTAN CLASIFICADAS EN DOS CATEGORIAS: CARCINOMA SEBACEO Y LINFADENOCARCINOMA SEBACEO.

EL CARCINOMA SEBACEO ESTÁ COMPUESTO DE CÉLULAS SEBACEAS, EN VARIOS ESTADIOS DE MADURACIÓN, DISPUESTAS EN BANDAS O GRUPOS CON GRADOS VARIABLES DE PLEOMORFISMO, ATIPIA NUCLEAR E INVASIÓN. SE HAN REGISTRADO CASOS DESDE LOS 17 AÑOS HASTA LOS 93. NO HAY PREDOMINIO POR ALGÚN SEXO. LA MAYORÍA SE PRESENTAN EN PARÓTIDA. EL TAMAÑO VARÍA DE 0.6 A 8.5 CM. DE DIÁMETRO. SON BIEN CIRCUNSCRITOS O PARCIALMENTE ENCAPSULADOS, CON MARGENES EMPUJANTES O INFILTRANTES. SE ENCUENTRA PLEOMORFISMO

NUCLEAR Y ATIPIA, YA MENCIONADOS, QUE NO SE OBSERVA EN LOS ADENOMAS SEBÁCEOS. LA NECROSIS Y FIBROSIS ES COMÚN. LA SOBREVIVENCIA VARÍA DE 8 MESES A 13 AÑOS, CON UNA MEDIA DE 4.5 AÑOS (1,74).

EL LINFADENOCARCINOMA SEBÁCEO, ES LA CONTRAPARTE MALIGNA DEL LINFADENOMA SEBÁCEO. SOLO HAY TRES CASOS REPORTADOS, TODOS EN PACIENTES DE MÁS DE 70 AÑOS. TODOS EN PARÓTIDA Y GANGLIOS LINFÁTICOS PERIPAROTÍDEOS. SON TUMORES PARCIALMENTE ENCAPSULADOS, CON INVASIÓN LOCAL. ESTAN CONSTITUIDOS POR ÁREAS DE LINFADENOMA SEBÁCEO MEZCLADAS CON CÉLULAS DE CARCINOMA PLEOMÓRFICO.

EL CARCINOMA SEBÁCEO Y EL LINFADENOCARCINOMA SEBÁCEO, SE CONSIDERAN CARCINOMAS DE BAJO GRADO YA QUE RECIDIVAN LOCALMENTE. LAS METÁSTASIS A GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES Y A DISTANCIA SE PUEDEN PRESENTAR EN UN ESTADIO TARDIO (74).

CARCINOMA DE CONDUCTOS SALIVALES, ES RARO. SE HAN PUBLICADO 50 CASOS. EL TÉRMINO SE APLICÓ, DEBIDO A SU PARECIDA CON LOS CARCINOMAS DUCTALES DE LA MAMA. EL 85 % SE PRESENTARON EN PARÓTIDA. LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACIÓN ES A LOS 50 AÑOS (1). MACROSCÓPICAMENTE VARÍAN EN TAMAÑO, DE MENOS DE 1 CM. A 6 CM. SON GRIS AMARILLENTO A GRIS BLANQUECINOS. SON INFILTRANTES. LA CARACTERÍSTICA HISTOPATOLÓGICA ES EL CRECIMIENTO INTRADUCTAL DE CÉLULAS EN PATRÓN SÓLIDO, CRIBIFORME, Y PAPILAR, CON NECROSIS DE TIPO COMEDO. LA INVASIÓN VASCULAR Y NERVIOSA ES FRECUENTE. ES UN CARCINOMA DE ALTO GRADO, QUE DEBE SER TRATADO EN FORMA AGRESIVA. DE LOS 44 CASOS CON SEGUIMIENTO, 24 MURIERON A CAUSA DEL CARCINOMA, 4 MURIERON POR CAUSAS NO RELACIONADAS, 6 CON TUMOR RECIDIVANTE O METÁSTASIS, 10 ESTABAN SIN ENFERMEDAD APARENTE (75).

ADENOCARCINOMA MUCINOSO. ES POCO FRECUENTE, SOLO HAY DOS CASOS EN EL INSTITUTO DE PATOLOGÍA DE LAS FUERZAS ARMADAS, AMBOS EN GLÁNDULAS SUBMAXILARES. SON BIEN CIRCUNSCRITOS PERO NO ENCAPSULADOS, DE ASPECTO MUCOIDE. AL MICROSCOPIO SE OBSERVAN CORDONES O ISLAS DE CÉLULAS QUE PARECEN FLOTAR DENTRO DE LAGOS DE MOCO, SEPARADOS POR TEJIDO CONECTIVO FIBROSO. LAS CÉLULAS SON POLIGONALES O CUBOIDALES CON CITOPLASMA EOSINÓFILO O ANFÓFILO. EL MOCO SE TIÑE CON MUCICARMIN, PAS Y AZÚL ALCIANO (1).

CARCINOMA MIOEPITELIAL. ES UN TUMOR RARO. NO ESTA INCLUIDO EN LA MAYORÍA DE LAS CLASIFICACIONES. LAS CÉLULAS MUESTRAN DIFERENCIACIÓN MIOEPITELIAL, SIN FORMAR DUCTOS O ACINOS. SE HAN REPORTADO CINCO CASOS, TRES EN PARÓTIDA, UNO EN SUBMAXILAR Y UNO EN LABIO SUPERIOR (1). LAS CÉLULAS RECUERDAN A LAS DEL MIOEPITELIOMA BENIGNO, PERO SE DISTINGUEN DE ESTE POR EL CRECIMIENTO INFILTRATIVO Y DESTRUCTIVO. AUNQUE LA INVASIÓN LOCAL CARACTERIZA ESTOS CARCINOMAS, HAY UN CASO REPORTADO CON METÁSTASIS A DISTANCIA (76).

NEOPLASIAS BENIGNAS MESENQUIMATOSAS.

LAS NEOPLASIAS BENIGNAS MESENQUIMATOSAS, QUE AFECTAN LAS GLÁNDULAS SALIVALES, SE PRESENTAN CON AGRANDAMIENTO ASINTOMÁTICO, BIEN CIRCUNSCRITOS. EN UNA SERIE GRANDE SE REPORTARON 220 CASOS, LOS CUALES CONSTITUYEN EL 1.4 % DE TODOS LOS TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES. EL 30.5 % CORRESPONDEN A TUMORES NEURALES, EL 30 % A HEMANGIOMAS, 18.5 % A TUMORES FIBROSOS, 9 % A LIPOMAS, 7 % LINFANGIOMAS Y 5 % MISCELÁNEOS. LA PARÓTIDA FUE EL SITIO MÁS AFECTADO (87.5%) (1).

EL HEMANGIOMA ES DE LOS MÁS COMUNES. TIENEN PREDILECCIÓN POR MUJERES, 2:1. LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACIÓN ES 10 AÑOS. HISTOLÓGICAMENTE SON DE DOS TIPOS, CAPILAR Y CAVERNOSO. EL 85 % SON DE TIPO CAPILAR (77).

LINFANGIOMAS. SE HAN REPORTADO 62 CASOS DE LINFANGIOMAS EN LA GLÁNDULA PARÓTIDA (78). HAY PREDILECCIÓN POR EL SEXO MASCULINO, 2:1. LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACIÓN ES DE 16.9 AÑOS. SON TUMORES FLUCTUANTES, ALGUNAS VECES SON TENSAS. NO SON DOLOROSOS A MENOS QUE SE TRAUMATICEN.

ESTAN CONSTITUIDOS POR GRANDES QUISTES INTERCONECTADOS (HIGROMA QUISTICO), O CON PEQUEÑOS QUISTES LLAMADOS DE TIPO CAVERNOSO, CAPILAR O AMBOS EN LA MISMA LESIÓN (77). SE DISCUTE SI LOS LINFANGIOMAS SON VERDADERAS NEOPLASIAS O LESIONES ADQUIRIDAS POR OBSTRUCCIÓN LINFÁTICA O MALFORMACIONES DEL DESARROLLO. LA MAYORÍA CONSIDERA QUE SON DEFECTOS DEL DESARROLLO (78). ESTAS NEOPLASIAS AUNQUE BENIGNAS PUEDEN TENER MOBILIDAD ALTA DEBIDO A SU POBRE DELIMITACIÓN, SITIO ANATÓMICO Y TENDENCIA A INFECTARSE SECUNDARIAMENTE (79).

NEURILEMOMA. DENTRO DE LOS TUMORES DE NERVIOS PERIFÉRICOS. EL NEURILEMOMA CONSTITUYE EL 16 % DE 220 TUMORES NO EPITELIALES DE GLÁNDULAS SALIVALES. EL 83 % SE PRESENTARON EN PARÓTIDA. LA EDAD PROMEDIO ES 41.6 AÑOS (1). ES UN TUMOR DE CRECIMIENTO LENTO Y DE CONSISTENCIA FIRME O DURA. EL TAMAÑO VARÍA DE 1 A 6 CM. MICROSCÓPICAMENTE SON ENCAPSULADOS, CONSTITUIDOS POR CÉLULAS DE SCHWAN, CON ÁREAS ANTONI A Y ANTONI B. SIEMPRE SON ÚNICOS Y NO SUFREN TRANSFORMACIÓN MALIGNA (77).

NEUROFIBROMA. EL NEUROFIBROMA NO ES ENCAPSULADO, PUEDE SER SOLITARIO O MÚLTIPLE ASOCIADO A NEUROFIBROMATOSIS. REPRESENTAN EL 14 % DE TODOS LOS TUMORES NO EPITELIALES. LA MAYORÍA SE DIAGNOSTICAN EN PARÓTIDA.

A LA PALPACIÓN SON NÓDULOS DOLOROSOS. EL ASPECTO HISTOLÓGICO VARÍA DEPENDIENDO DE LA RELACIÓN ENTRE CÉLULAS Y ESTROMA (1).

LESIONES FIBROSAS. LAS ENTIDADES DE ESTE GRUPO DE LESIONES REPORTADAS INCLUYEN: 17 CASOS DE FASCITIS NODULAR, 11 HISTIOCITOMA FIBROSO, 7 FIBROMATOSIS Y 3 MIXOMAS. LA MAYORÍA SE LOCALIZARON EN GLÁNDULA PARÓTIDA (1).

LIPOMAS.

LOS LIPOMAS CONSTITUYEN DEL 1 AL 4 % DE TODOS LOS TUMORES NO EPITELIALES. SE HAN REPORTADO 140 CASOS, CON PREDOMINIO EN HOMBRES 10:1. LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACIÓN ES A LOS 30 AÑOS. MIDEN DE 1 A 8 CM. HAY TRES VARIEDADES: LIPOMA DE CÉLULAS FUSIFORMES, MIXOIDE Y PLEOMÓRFICO. LA EXCISIÓN LOCAL ES EL TRATAMIENTO (80).

ANGIOMIOMA.

ES DE ORIGEN MUSCULAR. SE HAN REPORTADO SÓLO TRES CASOS: UNO EN PARÓTIDA, UNO EN SUBMAXILAR Y UNO SUBLINGUAL. SON ASINTOMÁTICOS Y MIDEN EN PROMEDIO 2 CM. NO RECIDIVAN (30).

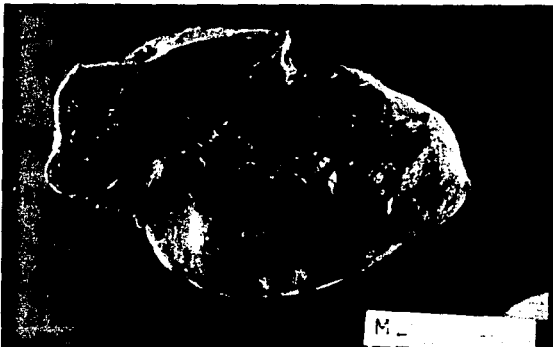


FIG. 25 NEURILEMOMA DE PARÓTIDA DERECHA CON DEGENERACIÓN QUÍSTICA. CASO 4, TABLA No. 8

SARCOMAS.

LOS SARCOMAS PRIMARIOS DE GLÁNDULAS SALIVALES, SON MUY RAROS. CONSTITUYEN EL 0.6 % DE TODOS LOS TUMORES. LA MAYORÍA DE LOS REPORTES SON ESPORÁDICOS O CON POCOS CASOS. ESTOS REPORTES INCLUYEN RABDOMIOSARCOMAS, FIBROSARCOMAS, LEIOMIOSARCOMAS, HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO, SCHWANNOMA MALIGNO, ANGIOSARCOMA, HEMANGIOPERICITOMA, HEMANGIOENDOTELIOMA MALIGNO, SARCOMA DE KAPOSÍ, OSTEOSARCOMA, LIPOSARCOMA Y PARAGANGLIOMA MALIGNO. UNA HIPÓTESIS SOBRE LA GÉNESIS DE ESTOS SARCOMAS ES, QUE SE ORIGINAN DE CÉLULAS PLURIPOTENCIALES. LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACIÓN ES DE 48.7 AÑOS. LA PARÓTIDA ES EL SITIO MÁS FRECUENTE DE PRESENTACIÓN CON UN 81.2 % (1). LOS SARCOMAS MÁS COMUNES FUERON: HEMANGIOPERICITOMA, FIBROSARCOMA, SCHWANNOMA MALIGNO (1, 77).

LINFOMAS.

EN EL INSTITUTO DE PATOLOGÍA DE LAS FUERZAS ARMADAS, SE HAN REGISTRADO 455 CASOS DE LINFOMAS. TODOS EN GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES.

LINFOMAS NO HODGKIN 420 CASOS, ENFERMEDAD DE HODGKIN 35 CASOS. JUNTOS CONSTITUYEN EL 11.4% DE TODOS LOS TUMORES PRIMARIOS MALIGNOS DE GLÁNDULAS SALIVALES. LA MAYORÍA SE PRESENTAN DE NOVO. SÓLO ONCE DE LOS 420 CASOS, SE CONSIDERARON ORIGINADOS A PARTIR DE LESIÓN LINFOEPITELIAL BENIGNA (1).

DE LOS 420 CASOS DE LINFOMAS NO HODGKIN, 305 FUERON DE PARÓTIDA, 93 DE GLÁNDULAS SUBMAXILARES Y UNO DE GLÁNDULA SUBLINGUAL. LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACIÓN ES 60 AÑOS.

LOS LINFOMAS NODULARES SON LOS MÁS FRECUENTES. EL 60 % SE CLASIFICARON COMO DE BAJO GRADO (1).

LA ENFERMEDAD DE HODGKIN PREDOMINÓ EN HOMBRES, CON UNA EDAD PROMEDIO DE 37.7 AÑOS (1).

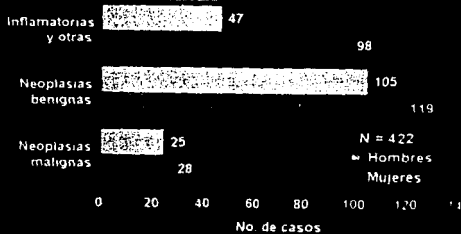
PATOLOGIA QUIRURGICA DE GLANDULAS SALIVALES

PORCENTAJE DE ESTUDIOS EN CUANTO AL SEXO
(sin considerar patologia especifica)



PATOLOGIA QUIRURGICA DE GLANDULAS SALIVALES

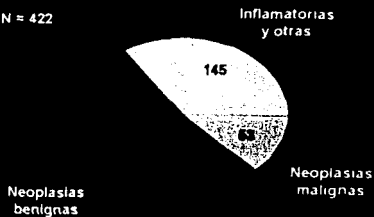
TOTAL POR GRUPOS PRINCIPALES
EN RELACION AL SEXO



PATOLOGIA QUIRURGICA DE GLANDULAS SALIVALES

TOTAL POR GRUPOS PRINCIPALES

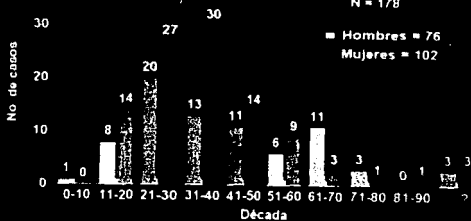
N = 422



ADENOMA PLEOMORFICO

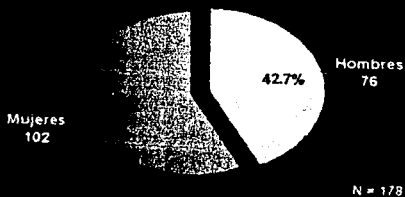
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD

N = 178



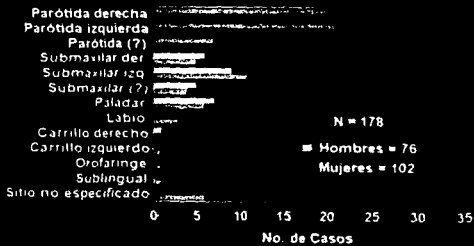
ADENOMA PLEOMORFICO

DISTRIBUCION POR SEXO



ADENOMA PLEOMORFICO

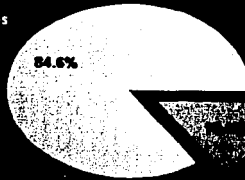
LOCALIZACION ANATOMICA



TUMOR DE WARTHIN
DISTRIBUCION POR SEXO

Hombres
22

N = 26



Mujeres
4

TUMOR DE WARTHIN
LOCALIZACION ANATOMICA

Parótida derecha

10

Parótida izquierda

5

Parotida (?)

8

Submaxilar derecha

2

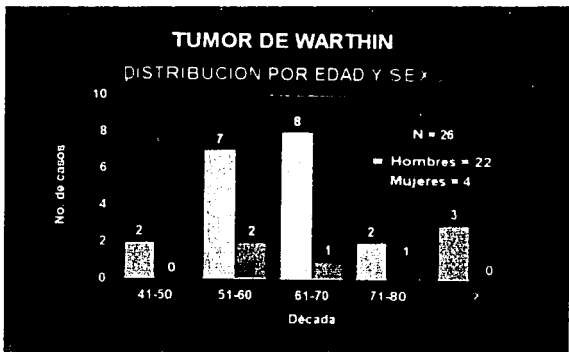
Submaxilar izq

1

N = 26

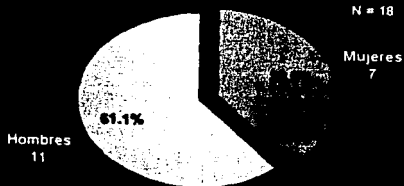
0 2 4 6 8 10 12

No. de Casos



CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

DISTRIBUCION POR SEXO



CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

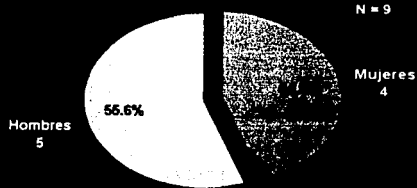
LOCALIZACION ANATOMICA

Parótida derecha												6
Parótida izquierda	1											
Parótida (7)			3									
Submaxilar izq	1											
Submaxilar der	1											
Paladar		2										
Sublingual	1											
Encía			2									
Labio	1											
	0	1	2	3	4	5	6	7				
	No. de casos											

N = 18

ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINARES

DISTRIBUCION POR SEXO



ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINARES

LOCALIZACION ANATOMICA



PATOLOGIA QUIRURGICA DE GLANDULAS SALIVALES

TOTAL DE ESTUDIOS POR AÑO Y SEXO

AÑO	TOTAL DE CASOS	HOMBRES	MUJERES
1982	35	15	20
1983	40	21	19
1984	41	18	25
1985	59	21	38
1986	47	16	31
1987	41	15	26
1988	55	31	24
1989	34	15	19
1990	37	14	23
1991	33	15	18
	422	178	243

PATOLOGIA QUIRURGICA DE GLANDULAS SALIVALES

TIPOS DE PATOLOGIA INFLAMATORIA Y OTRAS

PATOLOGIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Sialoadenitis crónica	26	49	75
Compatible con S. de Sjögren	5	21	26
Lesión linfoepitelial benigna	3	6	9
Mucocéa	11	18	29
Sialolitiasis	1	3	4
Inf. grasa de parótida izq.	-	1	1
Hiperplasia e hipertrofia sublingual	1	-	1
TOTAL DE CASOS	47	98	145

PATOLOGIA QUIRURGICA DE GLANDULAS SALIVALES**TIPOS DE NEOPLASIAS BENIGNAS**

PATOLOGIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Adenomas pleomórficos	74	104	178
Adenomas monomórficos	3	6	9
Tumor de Warthin	22	4	26
Mioepiteliomas	2	0	2
Linfangliomas	0	3	3
Paraganglioma	0	1	1
Neurofibroma	1	0	1
Fibromatosis	1	0	1
Neurilemomas	2	0	2
Quiste linfoepitelial	0	1	1
TOTAL DE CASOS	105	119	224

PATOLOGIA QUIRURGICA DE GLANDULAS SALIVALES**TIPOS DE NEOPLASIAS MALIGNAS**

PATOLOGIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Carcinoma mucoepidermoide	11	7	18
Adenocarcinoma de cel. acinares	4	5	9
Otros carcinomas	5	3	8
Carcinoma adenoideo quístico	0	6	6
Linfomas y otros	2	5	7
Tumor mixto maligno	3	2	5
TOTAL DE CASOS	25	28	53

TABLA No. 5
RELACION DE PACIENTES CON TUMOR DE WARTHIN

No.	EDAD	SEXO	SITIO ANATOMICO	TIEMPO DE EVOLUCION	TAMARO
1	54 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA DERECHA	15 AÑOS	?
2	49 AÑOS	MASCULINO	SUBMAXILAR IZO.	¿	5 x 2 CM.
3	51 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA ?	3 AÑOS	?
4	62 AÑOS	MASCULINO	SUBMAXILAR DERECHA	3 AÑOS	?
5	75 AÑOS	FEMENINO	PAROTIDA IZO.	?	2 CM.
6	57 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA DERECHA	?	2 x 1 CM.
7	72 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA IZO.	5 MESES	?
8	66 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA DERECHA	6 MESES	3 x 2 CM.
9	56 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA DERECHA	¿	3 x 2 CM.
10	57 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA ?	2 MESES	?
11	60 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA DERECHA	?	?
12	63 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA ?	10 AÑOS	?
13	63 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA ?	3 AÑOS	?
14	70 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA IZO.	?	?
15	45 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA IZO.	3 AÑOS	?
16	?	MASCULINO	PAROTIDA ?	?	?
17	67 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA DERECHA	3 AÑOS	?
18	?	MASCULINO	PAROTIDA IZO.	?	?
19	74 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA ?	7 AÑOS	?
20	54 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA DERECHA	3 MESES	?

No.	EDAD	SEXO	SITIO ANATOMICO	TIEMPO DE EVOLUCION	TAMAÑO
21	59 AÑOS	FEMENINO	SUBMAXILAR DERECHA	6 MESES	?
22	64 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA DERECHA	?	?
23	66 AÑOS	FEMENINO	PAROTIDA DERECHA	6 MESES	?
24	?	MASCULINO	PAROTIDA ?	?	?
25	68 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA ?	?	?
26	55 AÑOS	FEMENINO	PAROTIDA DERECHA	?	?

TABLA No. 6

RELACION DE PACIENTES CON ADENOMAS MONOMORFICOS

No.	EDAD	SEXO	TIPO DE ADENOMA	SITIO ANATOMICO	EVOLUCION	TAMARO
1	48 AÑOS	MASCULINO	ADENOMA MONOMORFICO	PALADAR	6 MESES	1.5 CM.
2	76 AÑOS	FEMENINO	ADENOMA MONOMORFICO	PAROTIDA IZO.	?	2.5 CM.
3	68 AÑOS	MASCULINO	ONCOCITOMA	PAROTIDA DERECHA	8 AÑOS	?
4	50 AÑOS	MASCULINO	ONCOCITOMA	PAROTIDA ?	4 MESES	?
5	37 AÑOS	FEMENINO	BASALOIDE	PAROTIDA IZO	?	0.6 CM.
6	57 AÑOS	FEMENINO	ONCOCITOMA	SUBMAXILAR ?	?	?
7	75 AÑOS	MASCULINO	ONCOCITOMA	PAROTIDA DERECHA	?	?
8	79 AÑOS	MASCULINO	ONCOCITOMA	PAROTIDA IZO	10 AÑOS	?
9	68 AÑOS	FEMENINO	BASALOIDE	PAROTIDA IZO	?	?

TABLA No. 7
PACIENTES CON MIOEPITELIOMA .

No.	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	SITIO ANATOMICO	OTROS
1	43 AÑOS	MASCULINO	MIOEPITELIOMA CON PATRON PLASMOCITOIDE	PALADAR	6 x 5 CM. 4 AÑOS DE EVOLUCIÓN
2	15 AÑOS	MASCULINO	MIOEPITELIOMA DE CELULAS CLARAS	PAROTIDA DER.	?

TABLA No. 8
OTROS TUMORES BENIGNOS .

No.	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	SITIO ANATOMICO	TIEMPO DE EVOLUCION	TAMARO
1	72 AÑOS	FEMENINO	PARAGANGLIOMA	PAROTIDA ?	1 AÑO	?
2	2 AÑOS	MASCULINO	NEUROFIBROMA PLEXIFORME	PAROTIDA DERECHA	?	?
3	7 AÑOS	MASCULINO	FIBROMATOSIS	PAROTIDA ?	1 AÑO	?
4	68 AÑOS	MASC.	NEURILEMOMA	PAROTIDA DERECHA	?	?
5	27 AÑOS	MASC.	NEURILEMOMA	SUBMAXILAR DERECHA	1 AÑO	?
6	5 MESES	FEMENINO	LINFANGIOMA	SUBMAXILAR ?	?	8 x 7 CM.
7	4 AÑOS	FEMENINO	HEMOLINFANGIOMA	PAROTIDA IZQ.	?	?
8	9 AÑOS	FEMENINO	LINFANGIOMA	PAROTIDA DERECHA	?	?
9	66 AÑOS	FEMENINO	QUISTE LINFOEPITELIAL	PAROTIDA DERECHA	?	?

TABLA No. 9
RELACION DE PACIENTES CON CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

No	EDAD	SEXO	SITIO ANATOMICO	GRADO HISTOLOGICO	TIEMPO DE EVOLUCION	TAMANO
1	14 AÑOS	FEMENINO	PAROTIDA?	ALTO GRADO	?	INFILTRA MUSCULO Y 1 DE 5 GANGLIOS
2	52 AÑOS	FEMENINO	PAROTIDA ?	BAJO GRADO	?	1 cm.
3	86 AÑOS	MASCULINO	ENCIA INFERIOR	BAJO GRADO	?	?
4	66 AÑOS	MASCULINO	PALADAR	INTERMEDIO	?	INFILTRA SENOS ESFENOIDAL.
5	61 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA IZO.	ALTO GRADO	1 AÑO	?
6	?	FEMENINO	ENCIA	ALTO GRADO	?	?
7	?	FEMENINO	PAROTIDA ?	GRADO INTERMEDIO	?	2.5 cm.
8	53 AÑOS	MASCULINO	LABIO SUPERIOR	BAJO GRADO	6 MESES	1 cm.
9	72 AÑOS	MASCULINO	SUBMAXILAR IZO.	ALTO GRADO	?	?
10	24 AÑOS	FEMENINO	PAROTIDA DERECHA	BAJO GRADO	1 AÑO	4 x 2.5 cm.
11	4 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA DERECHA	BAJO GRADO	7 MESES	3x2.5 cm. TUMOR EN L.OX. RECIDIVO A LOS 2 AÑOS
12	81 AÑOS	FEMENINO	PAROTIDA DERECHA	ALTO GRADO	?	METS. EN 2 DE 5 GAN- GLIOS LINFATICOS
13	56 AÑOS	MASCULINO	PALADAR	GRADO INTERMEDIO	15 AÑOS	DESDE PRIMER PREMO- LAR HASTA UVULA.
14	73 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA DERECHA	BAJO GRADO	5 AÑOS	?
15	43 AÑOS	MASCULINO	SUBLINGUAL	BAJO GRADO	?	?
16	7 AÑOS	MASCULINO	SUBMAXILAR DERECHA	?	?	?
17	38 AÑOS	FEMENINO	PAROTIDA DERECHA	?	6 MESES	?

TABLA No. 10
RELACION DE PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINARES.

No.	EDAD	SEXO	SITIO ANATOMICO	TIEMPO DE EVOLUCION	TAMARO
1	46 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA DERECHA	RECIDIVA.1a. CIR. HACE 3 AÑOS	15 CM. INFILTRA PIEL Y TEJIDOS BLANDOS.
2	45 AÑOS	FEMENINO	PAROTIDA?	?	?
3	52 AÑOS	FEMENINO	PALADAR	6 MESES	0.5 CM. DIAMETRO
4	19 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA?	1 AÑO	2.5 x 2 CM.
5	43 AÑOS	FEMENINO	PAROTIDA DERECHA	?	1.5 CM.
6	69 AÑOS	MASCULINO	CARRILLO	6 MESES	?
7	51 AÑOS	MASCULINO	PAROTIDA DERECHA	6 AÑOS	METS. A GANGLIOS LINFATICOS YUGULARES.
8	63 AÑOS	FEMENINO	PAROTIDA DERECHA	?	?
9	10 AÑOS	FEMENINO	PAROTIDA IZO.	?	?

TABLA No. 11
RELACION DE PACIENTES CON OTROS CARCINOMAS.

No.	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	SITIO ANATOMICO	TIEMPO DE EVOLUCION
1	65 AÑOS	MASCULINO	CARCINOMA POCO DIFERENCIADO CON METS. A GANGLIOS LINFATICOS LOCALES	PAROTIDA ?	
2	59 AÑOS	MASCULINO	LESION LINFOEPITELIAL MALIGNA CON COMPONENTE DE CA. POCO DIFERENCIADO Y METS. A 5 DE 7 GANGLIOS LINFATICOS	PAROTIDA ?	3 AÑOS
3	59 AÑOS	FEMENINO	ADENOCARCINOMA POCO DIFERENCIADO LIMITES QUIRURGICOS CON TUMOR	PAROTIDA DERECHA	3 AÑOS
4	16 AÑOS	MASCULINO	CARCINOMA EPIDERMÓIDE CON METS. A GANGLIOS LINFATICOS LOCALES Y TUMOR EN UNO DE LOS LIMITES QUIRURGICOS.	PAROTIDA DERECHA	2 AÑOS
5	85 AÑOS	MASCULINO	CARCINOMA EPIDERMÓIDE PRIMARIO DE MEJILLA QUE INFILTRA POR CONTIGUIDAD PAROTIDA DER.	PAROTIDA DERECHA	4 AÑOS
6	73 AÑOS	FEMENINO	CARCINOMA EPIDERMÓIDE	PAROTIDA IZQ.	3 MESES
7	38 AÑOS	MASCULINO	CARCINOMA ADENOESCAMOSO	PAROTIDA IZQ.	?
8	62 AÑOS	FEMENINO	CARCINOMA ADENOESCAMOSO CON AREAS DE CA. ADENOIDEQUISTICO	PAROTIDA DERECHA	?

TABLA No. 12
RELACION DE PACIENTES CON CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO

No.	EDAD	SEXO	SITIO ANATOMICO	PATRON HISTOLOGICO	TIEMPO DE EVOLUCION	TAMARO
1	32 AROS	MUJER	PAROTIDA DERECHA	TUBULAR Y CRIBIFORME	9 MESES	4 x 3 CM
2	36 AROS	MUJER	PALADAR	CRIBIFORME	9 AÑOS RECIDIVA	?
3	47 AROS	MUJER	PALADAR	NO MATERIAL	6 MESES	?
4	70 AROS	MUJER	PAROTIDA IZQUIERDA	NO MATERIAL	4 AÑOS	?
5	35 AROS	MUJER	PALADAR	NO MATERIAL	1 AÑO	?
6	34 AROS	MUJER	PAROTIDA DERECHA	SOLIDO Y TUBULAR	9 MESES	3 CM.
					METASTASIS A PULMON EN 1 AÑO POSTERIOR A LA PRIMER CIRUGIA.	

TABLA No. 13
 RELACION DE PACIENTES CON LINFOMAS Y OTROS.

No.	EDAD	SEXO	SITIO ANATOMICO	DIAGNOSTICO:
1	39 AROS	MUJER	PAROTIDA ?	LINFOMA DE CELULAS GRANDES HENDIDAS, DIFUSO
2	63 AROS	HOMBRE	SUBMAXILAR DERECHO	LINFOMA DIFUSO DE CELULAS GRANDES HENDIDAS Y NO HENDIDAS
3	40 AROS	MUJER	SUBMAXILAR ?	LINFOMA DE CELULAS GRANDES HENDIDAS.
4	78 AROS	MUJER	PAROTIDA DERECHA	LINFOMA FOLICULAR DE CELULAS GRANDES HENDIDAS Y LESION LINFO EPITELIAL BENIGNA. 1 AÑO DE EVOLUCION.
5	51 AROS	MUJER	PAROTIDA?	LINFOMA NO HODGKIN, INMUNOBLASTICO.
6	75 AROS	MUJER	PAROTIDA DERECHA	LINFOMA DIFUSO DE CELULAS GRANDES, ORIGINADO EN LESION LINFO EPITELIAL BENIGNA.
7	43 AROS	HOMBRE	PAROTIDA IZQUIERDA	PROLIFERACION MALIGNA DE CELULAS PLASMATICAS. 8 MESES DE EVOLUCION.

TABLA No. 14
RELACION DE PACIENTES CON TUMOR MIXTO MALIGNO .

No.	EDAD	SEXO	SITIO ANATOMICO	TIEMPO DE EVOLUCION	TAMANO
1	34 AÑOS	HOMBRE	PAROTIDA IZQUIERDA	4 MESES	9 x 5 x 4.5 cm
2	40 AÑOS	HOMBRE	PAROTIDA IZQUIERDA	4 AÑOS	?
3	45 AÑOS	HOMBRE	PAROTIDA DERECHA	8 AÑOS	?
4	52 AÑOS	MUJER	PAROTIDA DERECHA	?	?
5	58 AÑOS	MUJER	SUBMAXILAR IZQUIERDA	?	?

TOTAL HOMBRES	3	PAROTIDA DERECHA	2
TOTAL MUJERES	2	PAROTIDA IZO.	2
		SUBMAXILAR IZO.	1

TABLA No. 15
RELACION DE NEOPLASIAS EN EDAD PEDIATRICA.

No.	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	OTROS
1	14 AÑOS	MUJER	CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE ALTO GRADO DE PAROTIDA ?	
2	15 AÑOS	MUJER	ADENOMA PLEOMORFICO SUBLINGUAL	2 cm. DE DIAMETRO
3	15 AÑOS	HOMBRE	ADENOMA PLEOMORFICO DE PAROTIDA ?	2.5 cm. DE 1 AÑOS DE EVOLUCION
4	7 AÑOS	HOMBRE	FIBROMATOSIS QUE INFILTRA PAROTIDA	1 AÑO DE EVOLUCION
5	5 MESES	MUJER	LINFANGIOMA CAPILAR SUBMAXILAR	8 x 7 cm
6	4 AÑOS	MUJER	HEMOLINFANGIOMA DE PAROTIDA IZQUIERDA	
7	11 AÑOS	MUJER	ADENOMA PLEOMORFICO DE LABIO	1.5 cm
8	4 AÑOS	HOMBRE	CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE BAJO GRADO, PAROT.DER.	7 MESES DE EVOLUCION, RECIDIVO A LOS 2 AÑOS.
9	9 AÑOS	MUJER	LINFANGIOMA DE PAROTIDA DERECHA	
10	14 AÑOS	MUJER	ADENOMA PLEOMORFICO DE PAROTIDA DERECHA	4 MESES DE EVOLUCION
11	2 AÑOS	HOMBRE	NEUROFIBROMA PLEXIFORME DE PAROTIDA DERECHA	
12	12 AÑOS	MUJER	ADENOMA PLEOMORFICO SUBMAXILAR IZQUIERDO	
13	12 AÑOS	MUJER	ADENOMA PLEOMORFICO SUBMAXILAR IZQUIERDO	
14	14 AÑOS	MUJER	ADENOMA PLEOMORFICO DE PALADAR	
15	15 AÑOS	MUJER	ADENOMA PLEOMORFICO DE PAROTIDA DERECHA	
16	15 AÑOS	HOMBRE	ADENOMA PLEOMORFICO DE PAROTIDA IZQUIERDA	
17	11 AÑOS	HOMBRE	ADENOMA PLEOMORFICO DE PAROTIDA IZQUIERDA	
18	12 AÑOS	MUJER	ADENOMA PLEOMORFICO DE PAROTIDA DERECHA	
19	7 AÑOS	HOMBRE	CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE SUBMAXILAR DERECHA	
20	10 AÑOS	MUJER	ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINARES DE PAROTIDA IZQUIERDA	
21	15 AÑOS	HOMBRE	MIOEPITELIOMA DE CELULAS CLARAS DE PAROTIDA DERECHA	
22	8 AÑOS	HOMBRE	ADENOMA PLEOMORFICO DE PAROTIDA IZQUIERDA	3 x 2 cm. 4 MESES DE EVOL.

RESULTADOS EXPLICADOS Y CONCLUSIONES

- 1.- EL TOTAL DE REPORTES DE PATOLOGIA QUIRURGICA DE 10 AÑOS (1982-1991), DEL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA SON: 144,508. LOS REPORTES DE PATOLOGIA QUIRURGICA DE GLANDU LAS SALIVALES SON: 422, QUE REPRESENTAN EL 0.29 %.
- 2.- SIN SEPARAR LAS PATOLOGIAS, EL 57.58 % (243 CASOS) FUE RON MUJERES Y EL 42.42 % (179 CASOS) HOMBRES. GRAFICA 1
- 3.- LAS NEOPLASIAS BENIGNAS FUERON LA PATOLOGIA MAS FRECUENTE. 224 CASOS, QUE REPRESENTAN EL 53 % .GRAFICA 2
- 4.- LA PATOLOGIA INFLAMATORIA O REACTIVA CON 145 CASOS, RE PRESENTA EL 34.50 % . GRAFICA 2
- 5.- LAS NEOPLASIAS MALIGNAS FUERON 53 CASOS, QUE REPRESENTAN EL 12.50 % . GRAFICA 2
- 6.- LA PATOLOGIA INFLAMATORIA FUE MAS FRECUENTE EN MUJERES CON RELACION 2:1 . GRAFICA DE BARRAS 2
- 7.- LAS NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS SUMADAS, FUERON MAS FRECUENTES EN MUJERES CON UNA RELACION 1.2:1 GRAFICA DE BARRAS 2.
- 8.- EL 62 % DE LA PATOLOGIA INFLAMATORIA CORRESPONDIO A SIALOADENITIS CRONICA Y LOS CASOS COMPATIBLES CON S. DE SJOGREN. TABLA 2.
- 9.- EL ADENOMA PLEOMORFICO FUE LA NEOPLASIA BENIGNA MAS FRECUENTE TANTO EN ADULTOS COMO EN NIÑOS. DE 224 NEOPLASIAS BENIGNAS, 178 FUERON ADENOMAS PLEOMORFICOS. REPRESENTAN EL 79 % DEL TOTAL DE NEOPLASIAS BENIGNAS. TABLA 3

- 10.- DE LOS 178 ADENOMAS PLEOMORFICOS, 166 SON ADULTOS Y 12 NIÑOS.
- 11.- EL ADENOMA PLEOMORFICO FUE LA NEOPLASIA BENIGNA MAS FRECUENTE EN NIÑOS. 12 CASOS DE UN TOTAL DE 18 BENIGNOS, CORRESPONDIENDO A UN 66 % , TABLA 15.
- 12.- EL ADENOMA PLEOMORFICO FUE MAS FRECUENTE EN MUJERES CON UNA RELACION 1.4:1 , GRAFICA 5 Y TABLA 3.
- 13.- LA EDAD DE PRESENTACION MAS FRECUENTE DEL ADENOMA PLEOMORFICO FUE DE LOS 21 A LOS 50 AÑOS (115 CASOS, QUE REPRESENTAN EL 64 % , GRAFICA 4.
- 14.- EL 62 % DE LOS ADENOMAS PLEOMORFICOS SE LOCALIZARON EN LA PAROTIDA, GRAFICA 6.
- 15.- EL SITIO DE PRESENTACION DEL ADENOMA PLEOMORFICO EN NIÑOS FUE MAS FRECUENTE EN PAROTIDA, 7 DE 12 CASOS QUE CONSTITUYEN EL 58 % , TABLA 15.
- 16.- EL TUMOR DE WARTHIN FUE LA 2ª. NEOPLASIA BENIGNA MAS FRECUENTE CON 26 CASOS, TODOS EN ADULTOS. REPRESENTAN EL 11 % DEL TOTAL DE NEOPLASIAS BENIGNAS, TABLA 3.
- 17.- EL 10 % RESTANTE DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS CORRESPONDIERON A OTROS ADENOMAS MONOMORFICOS Y NEOPLASIAS MEXQUIMATOSAS. TABLA 3.
- 18.- EL TUMOR DE WARTHIN FUE MAS FRECUENTE EN HOMBRES (84.6%) Y EN LA PAROTIDA (92 %), TABLA 5, GRAFICAS 7 Y 8.
- 19.- LA EDAD DE LOS PACIENTES CON TUMOR DE WARTHIN FUE DE LA 5ª. A LA 8ª. DECADAS. TABLA 5, GRAFICA 9.

- 20.- DE LOS OTROS ADENOMAS MONOMORFICOS (9 CASOS), EL MAS FRECUENTE FUE EL ONCOCITOMA. TODOS SE PRESENTARON MAS EN PAROTIDA. TABLA 6.
- 21.- SE REPORTARON DOS MIOEPITELIOMAS. TABLA 7, FIG. 8.
- 22.- NUEVE CASOS DE OTROS TUMORES BENIGNOS, 8 FUERON MESENQUIMATOSOS: 1 PARAGANGLIOMA, 1 NEUROFIBROMA, 1 FIBROMATOSIS, 2 NEURILEOMAS, 2 LINFANGIOMAS, 1 HEMOLINFANGIOMA. DE ESTOS 5, SE PRESENTARON EN EDAD PEDIATRICA. TABLA 8 Y 15.
- 23.- EL CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE FUE LA NEOPLASIA MALIGNA MAS FRECUENTE EN NIÑOS Y ADULTOS, CON UN TOTAL DE 18 CASOS (33.7%). TABLA 4.
- 24.- EN LOS NIÑOS DE 4 NEOPLASIAS MALIGNAS, 3 FUERON CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE, DOS DE PAROTIDA Y UNO SUBMAXILAR. TABLA 15.
- 25.- UN CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE DE PAROTIDA, DE BAJO GRADO EN UN NIÑO, RECIDIVO A LOS DOS AÑOS. SE REPORTO CON TUMOR EN LIMITES QUIRURGICOS. CASO 8, TABLA 15, FIG. 13.
- 26.- EL CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE FUE MAS FRECUENTE EN HOMBRES (61.5 %) Y EN PAROTIDA (55%), GRAFICAS 10 Y 11.
- 27.- EL ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINARES FUE EL 2o. MAS FRECUENTE (9 CASOS), TANTO EN ADULTOS COMO EN NIÑOS. TABLAS 10 Y 15.
- 28.- EL ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINARES FUE MAS FRECUENTE EN HOMBRES (55.6 %) Y EN PAROTIDA (77.8%). GRAFICAS 12, 13
- 29.- LOS LINFOMAS FUERON LA 3a. NEOPLASIA MALIGNA MAS FRECUENTE EN ADULTOS. 5 MUJERES Y 2 HOMBRES. TABLA 15.

- 30.- TODOS FUERON LINFOMAS NO HODGKIN Y UNA NEOPLASIA DE CELU LAS PLASMATICAS. 5 EN PAROTIDA Y DOS EN SUBMAXILARES. LA PACIENTE MAS JOVEN TENIA 39 AÑOS Y LA MAYOR 78 AÑOS.
- 31.- EL CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO FUE LA 4A. NEOPLASIA MALIGNA EN FRECUENCIA. TODOS EN MUJERES DE LA 4A. A LA 7A. DECADA. TRES EN PAROTIDA Y TRES EN PALADAR. TABLA 12.
- 32.- UNA PACIENTE CON CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO DE ALTO GRADO (CASO 6, TABLA 12), PRESENTO METASTASIS A PULMON UN AÑO DESPUES DEL DIAGNOSTICO Y FALLECIO 1.5 AÑOS DESPUES, SIN TUMOR EN EL SITIO PRIMARIO. HABIA RECIBIDO RADIOTERA PIA. FIG. 19 Y 20.
- 33.- SUMANDO EL CARCINOMA EPIDERMIOIDE Y ADENOESCAMOSO FUERON 5 CASOS. 3 HOMBRES Y 2 MUJERES, TODOS EN PAROTIDA. TABLA 11, FIG. 24.
- 34.- UNO DE LOS PACIENTES CON CARCINOMA EPIDERMIOIDE, FUE UN JOVEN DE 16 AÑOS. EL RESTO ERAN MAYORES DE 38 AÑOS.
- 35.- DE LOS 5 TUMORES MIXTOS MALIGNOS REGISTRADOS, CUATRO SE PRESENTARON EN PAROTIDA Y UNO EN SUBMAXILAR. 3 HOMBRES Y DOS MUJERES. DE LA 4A. A LA 6A. DECADAS. TABLA 14.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ELLIS AUCLAIR, GNEEP, DR: SURGICAL PATHOLOGY OF THE SALIVARY GLANDS. 1991, MPP 25 W.B. SAUNDERS COMPANY.
- 2.- POULSEN P, JORGENSEN K, GRONTVED A: BENIGN AND MALIGNANT NEOPLASMS OF THE PAROTID GLAND: INCIDENCE AND HISTOLOGY IN THE DANISH COUNTRY OF FUNEN. LARYNGOSCOPE 1987, 97: 102-104
- 3.- REPORT ON THE STATUS OF CANCER CONTROL, MAY 1989, IN CANCER STATISTICS REVIEW 1973-1986, NIH PUBLICATION No. 89-2789. NATIONAL CANCER INSTITUTE, TEHESDA, 1989.
- 4.- SPIRO RH, KOSS LG, HAJDU SI, STRONG, EW: TUMORS OF MINOR SALIVARY ORIGIN: A CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF 492 CASES. CANCER 1973, 31: 117-129
- 5.- SPIRO RH: SALIVARY NEOPLASMS: OVERVIEW OF A 35 YEARS EXPERIENCE 2,807 PATIENTS. HEAD NECK SURG 1986; 8:177-184
- 6.- KROLLS SO, TRODAHL JN, BOYERS RC: SALIVARY GLAND LESIONS IN CHILDREN. CANCER 1972; 30:459-469
- 7.- BAKER SR, MALONE B: SALIVARY GLAND MALIGNANCIES IN CHILDREN. CANCER 1985; 55:1730-1736
- 8.- LACK EE, UPTON MP: HISTOPATHOLOGIC REVIEW OF SALIVARY GLAND TUMORS IN CHILDHOOD. ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG 1988; 114:898-906
- 9.- LAWRENCE I, GOLDBLATT, DDS, MSD AND GARY L. ELLIS DDS, SALIVARY GLAND TUMORS OF THE TONGUE. ANALYSIS OF 55 NEW CASES AND REVIEW OF THE LITERATURE. CANCER 1987; 60:74-81
- 10.- MA DA-GUAN AND YU GUANG-YAN: TUMOURS OF THE MINOR SALIVARY GLANDS. A CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF 143 CASES. ACTA OTOLARYNGOL (SOCKH) 1987; 103:325-331
- 11.- ANTONIO G. NASCIMENTO, MD. ANA LUCIA P. ADENOID CYSTIC CARCINOMA OF SALIVARY GLANDS. A STUDY OF 61 CASES WITH CLINICOPATHOLOGIC CORRELATION. CANCER 1986; 57:312-319
- 12.- HOWARD M. MATSUBA, MD, GERSHON J. SPECTOR, MD; ADENOID CYSTIC SALIVARY GLAND CARCINOMA. A HISTOPATHOLOGIC REVIEW OF TREATMENT FAILURE PATTERNS. CANCER 1986; 57:519-524
- 13.- RONALD H. SPIRO, MD. JOHN AMSTRONG, MB. LOUIS HERRISON, MD. CARCINOMA OF MAJOR SALIVARY GLANDS. RECENT TRENDS. ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG 1989; 115:316-321

- 14.- GARY L. ELLIS, DDS. AND RUSSELL L. CORIO, DDS, MS: ACINIC CELL ADENOCARCINOMA. A CLINICOPATHOLOGIC ANALYSIS OF 294 CASES. CANCER 1983; 52:542-549
- 15.- PATRICK O'DWYER, MD, WILLIAM B. FARRAR, MD, ARTHUR G. JAMES, MD, WILLIAM FINKELMEIER, MD. NEEDLE ASPIRATION BIOPSY OF MAJOR SALIVARY GLAND TUMORS. CANCER 1986; 57:554-557
- 16.- MAY K. M. CHAN, LLOYD J. MCGUIRE, WALTER KING, MD. CYTODIAGNOSIS OF 112 SALIVARY GLAND LESIONS. ACTA CYTOLOGICA 1992;36: 353-363
- 17.- RALPH H. HRUBAN, MD. YENER S. EROZAN, M.D. S. JAMES ZINREICH, M.D. AND HASKINS K. KASHIMA, M.D. FINE-NEEDLE ASPIRATION CYTOLOGY OF MONOMORPHIC ADENOMAS. AM. J CLIN PATHOL 1988; 90:46-51
- 18.- T. WAYNE MATTHEWS, MD AND IRVING DARDICK, MD. MORPHOLOGICAL ALTERATIONS OF SALIVARY GLAND PARENCHYMA IN CHRONIC SIALADENITIS. THE JOURNAL OF OTOLARYNGOLOGY 1988; 17:385-394
- 19.- WARTHIN AS: PAPILLARY CYSTADENOMA LYMPHOMATOSUM; A RARE TERATOID OF THE PAROTID REGION. J. CANCER 1929; 14:116-125
- 20.- A FERLITO AND N. CATTAL. THE SO-CALLED "BENIGN LYMPHOEPITHELIAL LESION" . PART 1 THE JOURNAL OF LARYNGOLOGY AND OTOTOLOGY 1980; 94:1189-1197
- 21.- A FERLITO AND N. CATTAL. THE SO CALLED "BENIGN LYMPHOEPITHELIAL LESION" PART 11. THE JOURNAL OF LARYNGOLOGY AND OTOTOLOGY 1980; 94:1283-1301
- 22.- ANDREW FISHLEDER, M.D. RAYMOND TUBBS, D.O. BONNIE HESSE. AND HOWARD LEVINE, M.D. UNIFORM DETECTION OF IMMUNOGLOBULIN-GENE REARRANGEMENT IN BENIGN LYMPHOEPITHELIAL LESIONS. N ENGL J MED 1987; 316:1118-21
- 23.- J.G. AZZOPARDI AND D.J. EVANS. MALIGNANT LYMPHOMA OF PAROTID ASSOCIATED WITH MIKULICZ DISEASE (BENIGN LYMPHOEPITHELIAL LESION) J CLIN PATH. 1971; 24:744-752
- 24.- JAMES H. TERRY, MD. FACS, THOM R. LORCE, MD. MICHELLE D. THOMAS, MD. MAJOR SALIVARY GLAND LYMPHOEPITHELIAL LESIONS AND THE ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME. THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY 1991; 162:324-329

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 25.- MARIE-FRANCOISE D' AGAY, ANNE DE ROQUANCOURT, MICHEL PEUCHMAUR, MICHEL JANIER AND CLAUDE BROCHERIOU. CYSTICBENIGN LIMPHOEPITHE LIAL LESION OF THE SALIVARY GLANDS IN HIV-POSITIVE PATIENTS. VIRCHOWS ARCHIV A PATHOL ANAT 1990; 417:353-356
- 26.- JOHN G. BATSAKIS, MD, MARIO LUNA, MD. ADEL K. EL-NAGGAR, MD, PHD. BASALOID MONOMORPHIC ADENOMAS. ANN OTOL RHINOL LARYNGOL 1991; 100:687-690
- 27.- M. MAURIZI, F. SALVINELLI, A. CAPELLI, A. CARBONE. MONOMORPHIC ADENOMAS OF THE MAJOR SALIVARY GLANDS: CLINICOPATHOLOGICAL STUDY OF 44 CASES. THE JOURNAL OF LARYNGOLOGY AND OTOTOLOGY 1990; 104:790-796
- 28.- IRVING DARDICK, M.D. FRCP, HARRIETTE J. KAHN. M.D. A. W. PETER VAN NOSTRAND, MD, REUBEN BAUMAL, M.D. SALIVARY GLAND MONOMORPHIC ADENOMA. ULTRASTRUCTURAL IMMUNOPEROXIDASE, AND HISTOGENETIC ASPECTS. AM J PATHOL 1984; 115:334-348
- 29.- KOICHI NAGAO, MD, OSAMU MATSUZUKI, MD, HAJIME SAIGA, MD, ISAMU SUGANO, MD. HISTOPATHOLOGIC STUDIES OF BASAL CELL ADENOMA OF THE PAROTID GLAND. CANCER 1982; 50:745-756
- 30.- KIDO T., SEKITANI T: VASCULAR LEIOMYOMA OF THE PAROTID GLAND ORL J 1989; 51:187-191
- 31.- MARIO A. LUNA. M.D., JOHN G. BATSAKIS, M.D. EUGENIA TORTOLEDO M.D. AND G.W. DEL JUNCO, M.D. CARCINOMAS EX MONOMORPHIC ADENOMA OF SALIVARY GLANDS. THE JOURNAL OF LARYNGOLOGY AND OTOTOLOGY 1989; 103:756-759
- 32.- A.P. CHAUDHRY, BDS, MS, PHD, S. SATCHIDANAND, MD, R. PEER,MD, AND L.S. CUTLER, DDS, PHD. MYOEPITHELIAL CELL ADENOMA OF THE PAROTID GLAND. A LIGHT AND ULTRASTRUCTURAL STUDY. CANCER 1982; 49:288-293
- 33.- JAMES J. SCIUBBA, DMD, PHD, AND ROBERT B. BRANNON, DDS, MSD. MYOEPITHELIOMA OF SALIVARY GLANDS; REPORT OF 23 CASES. CANCER 1982; 49:562-572
- 34.- JOHN G. BATSAKIS, MD AND MARIO ALUNA, MD. HISTOPATHOLOGIC GRADING OF SALIVARY GLAND NEOPLASMS; CARCINOMAS MUCOEPIDER MOID. ANN OTOL RHINOL LARYNGOL 1990; 99:835-838

- 35.- JOHN G. BATSAKIS, MD, MARIO A. LUNA, MD, ANDADEL K. EL-NAGGAR
HISTOPATHOLOGIC GRADING OF SALIVARY GLAND NEOPLASMS; ACINIC
CELL CARCINOMAS. ANN OTOL RHINOL LARYNGOL 1990; 99:929-933
- 36.- HARRY L EVANS, MD, AND JOHN G. BATSAKIS, MD.: POLYMORPHOUS
LOW-GRADE ADENOCARCINOMA OF MINOR SALIVARY GLANDS. A STUDY
OF 14 CASES OF A DISTINCTIVE NEOPLASM. CANCER 1984; 53:935-
942
- 37.- JUAN ROSAI, M.D.ACKERMAN'S SURGICAL PATHOLOGY. 1989; SEVENTH
EDITION. THE C.V. MOSBY COMPANY. CAP. 12
- 38.- KARL H. PERZIN, MD, PATRICK GULLANE, MD, AND ALBERT C. CLAIR
MONT MD. ADENOID CYSTIC CARCINOMAS ARISING IN SALIVARY GLANDS.
CANCER 1978; 42:265-282
- 39.- ANTONIO G. NASCIMENTO, MD. ANA LUCIA P. AMARAL, MD. LYGIA
ANNE F. PRADO, MD. AND TELMA RUTH P. SILVEIRA, MD. ADENOID
CYSTIC CARCINOMA OF SALIVARY GLANDS. CANCER 1986; 57:312-319
- 40.- CHARLES A. WALDRON, DDS, MSD, SAMIR K. EL-MOFTY, DMD AND DOUGLAS
R. GNEPP, MD. TUMORS OF THE INTRAORAL MINOR SALIVARY GLANDS;
A DEMOGRAPHIC AND HISTOLOGIC STUDY OF 426 CASES. ORAL SURG
ORAL MED ORAL PATHOL 1988; 66:323-33
- 41.- G. CHOMETTE, M AURIOL, P TRANBALOC AND L.M. VAILLANT. ADENOID
CYSTIC CARCINOMA OF MINOR SALIVARY GLANDS. ANALYSIS OF 86 CASES.
VORCHOWS ARCH PATHOL ANAT 1982; 395:289-301
- 42.- NORIO AZUMI, MD. AND HECTOR BATTIFORA, MD: THE CELULAR COMPOSI
TION OF ADENOID CYSTIC CARCINOMA. A STUDY IMMUNOHISTOCHEMICAL.
CANCER 1987; 60:1589-1598
- 43.- JOHN G. BATSAKIS, MD. MARIO A. LUNA, MD. ADEL EL-NAGGAR, MD.
HISTOPATHOLOGIC GRADING OF SALIVARY GLAND NEOPLASMS; ADENOID
CYSTIC CARCINOMAS. ANN OTOL RHINOL LARYNGOL 1990; 99:1007-1009
- 44.- TURNBULL A.D., FRAZELL. EL; MULTIPLE TUMORS OF THE MAJOR SALI
VARY GLANDS. AM. J. SURG 1969; 118:787-788
- 45.- CHAIT G.E. SNELL GED, VAN NOSTRAND AWP; MULTIPLE TUMORS OF
PAROTID GLAND. J. OTOLARYNGOL 1979; 8:435-438
- 46.- CARLS B, DOMEIJ S, HELANDER HF: A QUANTITATIVE ULTRASTRUCTURE
RAL STUDY OF PAROTID ONCOCYTOMA. ARCH PATHOL LAB MED 1979;
103:471-474

- 47.- GOODE RK, CORIO RL: ONCOCYTIC ADENOCARCINOMA OF SALIVARY GLANDS. ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL 1988; 65:61-66
- 48.- NASU M, TAGACI M, ISHIKAWA G: SIALADENOMA PAPILLIFERUM. J. ORAL SURG 1981; 39:367-369
- 49.- MC COY L.M., ECKERT EF: SIALADENOMA PAPILLIFERUM. J ORAL SURG 1980; 38:691-693
- 50.- HASTRUP N, BRET LAU P, KROUDAHLA, MELCHORS H: ONCOCYTOMAS OF THE SALIVARYGLANDS. J LARYNGOL OTOL 1982; 96:1027-1032
- 51.- WHITE DK, MILLER AS, MC DANIEL RK, ROTHMAN BN.: INVERTED DUCTAL PAPILOMA: A DISTINCTIVE LESION OF MINOR SALIVARY GLAND. CANCER 1982; 49:519-524
- 52.- KUHN AJ: CYSTADENOMA OF THE PAROTID GLAND AND LARYNX. ARCH OTOLARYNGOL 1961; 83:2024-2028
- 53.- SEIFERT G, MIEHLKE A, HAUBRICH J, CHILLA R: DISEASES OF THE SALIVARY GLANDS. PATHOLOGY DIAGNOSIS TREATMENT FACIAL NERVE SURGERY. STUTTGART GEORG THIEME VERLAG, 1986; 171:215-216
- 54.- SCHNEIDER AB, FAVUS MJ, STACHURA ME, ARNOLD MJ, FROHMAN LA: SALIVARY GLAND NEOPLASMS AS A LATE CONSEQUENCE OF HEAD AND NECK IRRADIATION. ANN INTERN MED 1977; 87:160-164
- 55.- SEIFERT G, OKABE H, CASELITZ J: EPITHELIAL SALIVARY TUMORS IN CHILDREN AND ADOLESCENTES. ANALYSIS OF 80 CASES ORL J 1986; 48:137-149
- 56.- SPIRO RH, HUVOS AG, STRONG EW: CANCER OF THE PAROTID GLAND. A CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF 288 PRIMARY CASES. AM J. SURG 1075; 130:-452-459
- 57.- ELLIS GL, WISCOVITCH JG: BASAL CELL ADENOCARCINOMA OF THE MAJOR SALIVARY GLANDS. ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL 1990; 69:461-469
- 58.- SPIRO RH, HUVOS AG, STRONG EW: MALIGNANT MIXED TUMORS OF SALIVARY ORIGIN: A CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF 146 CASES. CANCER 1977; 39:388-396
- 59.- FOOTE FW JR, FRAZELL EL: TUMORS OF THE MAJOR SALIVARY GLANDS. CANCER 1953; 6:1065-1133
- 60.- LIVOLSI VA, PERZIN KH: MALIGNANT MIXED TUMORS ARISING IN SALIVARY GLANDS 1. CARCINOMAS ARISING IN BENIGN MIXED TUMORS: A CLINICO PATHOLOGIC STUDY. CANCER 1977; 39:2209-2230

- 61.- STEPHEN J, BATSAKIS J G, LUNA M.A. VON DER HEYDEN V, BYERS R M:
TRUE MALIGNANT MIXED TUMORS (CARCINOSARCOMA) OF THE SALIVARY GLANDS.
ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL 1986; 61:597-602
- 62.- COLLINA G, EUSEBI V, CAROSALI PT: PLEOMORPHIC ADENOMA WITH LYMPH-
NODE METASTASES REPORT OF TWO CASES. PATHOL RES PRACT 1989; 184:
188-193
- 63.- EL-NAGGAR A, BATSAKIS J G, KESSLER S: BENIGN METASTATIC MIXED TUMOURS
OR UNRECOGNIZED SALIVARY CARCINOMAS ?. J LARYNGOL OTOL 1988; 102:810-12
- 64.- BATSAKIS J G: PRIMARY SQUAMOUS CELL CARCINOMAS OF MAJOR SALIVARY
GLANDS. ANN ATOL RHINOL LARYNGOL 1983; 92:97-98
- 65.- BATSAKIS J G: CLEAR CELL TUMORS OF SALIVARY GLANDS.
ANN OTOL 1980; 89:196-197
- 66.- NAGAO K, MATSUZAKI O, SAIGA H, AKIKUSA B, SUGANO I, SHIGEMATSU H,
KANEKOT T, KATOH T, KITAMURA T, ASANO Y, OKAMOTO M: A HISTOPATHOLOGIC
STUDY OF BENIGN AND MALIGNANT LYMPHOEPITHELIAL LESIONS OF THE PAROTID
GLAND. CANCER 1983; 52:1044-1052
- 67.- SAEMUNDSEN A K, ALBECK H, HANSEN J P H, NIELSEN NH, ANURET M, HENLE
W, HENLE E, THOMSEN K A, KRISTENSEN H K, KLEIN G: EPSTEIN-BARR VIRUS
IN NASOPHARYNGEAL AND SALIVARY GLAND CARCINOMAS OF GREENLAND ESKIMOSES.
J. CANCER 1982; 46:721-728
- 68.- SAW D, LAU W H, HO JHC, CHAN JKC: MALIGNANT LYMPHOEPITHELIAL LESION
THE SALIVARY GLAND. HUM PATHOL 1986; 17:915-923
- 69.- HUI KK, LUNA MA, BATSAKIS J G, ORDONEZ N G, WEBER R: UNDIFFERENTIATED
CARCINOMAS OF THE MAJOR SALIVARY GLANDS, ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL
1990; 69:76-83
- 70.- GNEPP DR, CARIO RL, BRANNON RB: SMALL CELL CARCINOMA OF THE MAJOR
SALIVARY GLANDS. CANCER 1986; 58:705-714
- 71.- THE WORLD HEALTH ORGANIZATION HISTOLOGICAL TYPING OF THE LUNG TUMORS.
AM. J. CLIN PATHOL 1982; 77:123-126
- 72.- GOODE RK, CORIO RL: ONCOCYTIC ADENOCARCINOMA OF SALIVARY GLANDS.
ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL 1988; 65:61-66
- 73.- SPIRO RH, HUVOS AG, STRONG EW: ADENOCARCINOMA OF SALIVARY ORIGIN:
CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF 204 PATIENTS. AM J. SURG 1982; 144:423-430
- 74.- GNEPP DR, BRANNON R: SEBACEOUS NEOPLASMS OF SALIVARY GLAND ORIGIN:
REPORT OF 21 CASES. CANCER 1984; 53:2155-2170

- 75.- HUI KK, BATSAKIS J G, LUNA M A, MACKAY B, BYERS R M: SALIVARY DUCT ADENOCARCINOMA A HIGH GRADE MALIGNANCY. J. LARYNGOL OTOL 1986; 100:105-14
- 76.- CRISSMAN J D, WIRMAN J A, HARRIS A: MALIGNANT MYOEPIITHELIOMA OF THE PAROTID GLAND. CANCER 1977; 40:3042-3049
- 77.- ENZINGER F M, WEISS S W: SOFT TISSUE TUMORS, 2 ND ED. ST. LOUIS CV MOSBY CO, 1988.
- 78.- BILL A H JR, SUMMER DS: A UNIFIED CONCEPT OF LYMPHANGIOMA AND CYSTIC HYGROMA. SURG GYNECOL OBSTET 1975; 120:79-86
- 79.- NINH TN, NINH TX: CYSTIC HYGROMA IN CHILDREN: A REPORT OF 126 CASES J. PEDIATR SURG 1974; 9:191-195
- 80.- BAKER S E, JENSEN JL, CORRELL R W: LIPOMAS OF THE PAROTID GLAND. ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL 1981; 52:167-171