



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

179  
21

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ADENOCARCINOMA  
POLIMORFO DE BAJO GRADO**

T E S I S

Que para obtener el Título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

*Presenta:*

**VERONICA MONDRAGON BARCENAS**

**ASESORA:**

**C.D.M.O. BEATRIZ ALDAPE BARRIOS**



MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 1997

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1	1
ANTECEDENTES HISTÓRICOS	
CAPITULO 2	
EMBRIOLOGÍA	2
ANATOMÍA	3
FISIOLOGÍA	7
CAPITULO 3	
CLASIFICACIÓN DE OMS	9
CAPITULO 4	
ADENOCARCINOMA POLIMORFO DE BAJO GRADO	16
EPIDEMIOLOGÍA	
LOCALIZACIÓN	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	17
CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS	18
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	19
TRATAMIENTO	
PRONOSTICO	
DISCUSIÓN	
GLOSARIO	21
BIBLIOGRAFIA	22

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios.*

*Por darme la oportunidad de ser.*

*A mis Padres*

*Que hasta los últimos momentos me dieron su apoyo para lograr una superación en mi vida.  
Gracias por esta gran herencia.*

*Los Quiero*

*A Mis Hermanos*

*Que comparten su vida diaria conmigo y por darme su apoyo.*

*A ti Jaime*

*Gracias por estar compartiendo tu vida conmigo ahora y siempre.*

*TE AMO*

*A ti Bebe*

*Aunque todavía no te conozco, pero siento tu presencia en mi ser. te dedico esto para que en el futuro sea ejemplo a seguir.*

*TE AMO.*

*A Usted Dra. Beatriz Aldape*

*Gracias por compartir sus conocimientos y su tiempo, para lograr una formación profesional.*

*Todo lo puedo en  
Cristo que me fortalece.*

## **INTRODUCCION**

El adenocarcinoma polimorfo de bajo grado fue descrito primero por dos investigadores en 1983 como carcinoma ductal terminal y carcinoma lobular. Actualmente es una neoplasia glandular maligna bien reconocida encontrada más frecuentemente en áreas de glándulas salivales menores del paladar suave o duro o de la mucosa bucal. Tiene un crecimiento característicamente lento y los reportes clínicos han reportado que la neoplasia se encuentra presente muchos años antes del diagnóstico.

## CAPITULO 1

### ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Fue descrito por primera vez en 1983, por Batsakis como un Carcinoma del conducto terminal. Freedman y Lumerman como un Carcinoma lobular, el primer nombre indica su origen en el conducto terminal y el segundo en un patrón con apariencia del carcinoma lobular de glándula mamaria <sup>(1)</sup>.

Recientemente ha sido añadido a la clasificación de tumores malignos de las glándulas salivales de la Organización Mundial de la Salud.

El PLGA consiste en células con características citológicas uniformes y fenotipo mioepitelial-glandular (2).

Actualmente es una neoplasia glandular maligna bien reconocida que se encuentra más frecuentemente en áreas de glándulas salivales menores del paladar blando o duro y en la mucosa bucal. Tiene crecimiento lento y los reportes clínicos mencionan que la neoplasia se encuentra presente muchos años antes del diagnóstico (3).

Antes de 1983 muchos de los adenocarcinomas polimorfos de bajo grado habían sido incluidos en el grupo de adenomas de glándulas salivales no clasificadas, las cuales representan el 11% de todos los tumores de glándulas salivales y más del 30% de los tumores malignos de glándulas salivales menores. Muchos han sido incluidos como carcinomas adenoideo quístico o adenomas pleomorfos. Debido a sus características distintivas clínico-patológico, la OMS y otras organizaciones han subclasificado al **adenocarcinomas polimorfo de bajo grado** como entidad clasificada (4).

Se revisaron las neoplasias de las glándulas salivales del paladar en el departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital de la Princesa (Madrid), desde 1975 encontraron 19 casos, dos fueron **adenocarcinomas polimorfos de bajo grado**, inicialmente mal diagnosticados, como tumor mixto benigno y adenocarcinoma quístico respectivamente, 7 fueron adenocarcinomas quísticos, 6 carcinomas de células claras y uno carcinoma indiferenciado (5).

Se ha descrito en glándulas salivales mayores, como un adenoma pleomorfo (Tortoledo, 1984) y existe un sólo caso reportado de un tumor de la parótida (1)

## **CAPITULO 2**

### **EMBRIOLOGÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES**

Una de las actividades más importantes del epitelio es la secreción, que es la función de las glándulas. Las células secretoras pueden ser de cualquier variedad epitelial, pero con mayor frecuencia cuboides o cilíndricas

Las glándulas salivales que se originan en la parte anterior de la membrana bucofaringea surgen del ectodermo. Las que se forman por detrás de la membrana son de origen endodérmico, las glándulas salivales accesorias (menores) se forman a partir del ectodermo y las principales (mayores) excepto la parótida se forman a partir del endodermo.

El patrón de desarrollo de las glándulas salivales es idéntico, independientemente de la capa blastodérmica de origen. Cada una empieza como una sólida prolongación del epitelio hacia abajo, y se dirige al mesenquima. A medida que el cordón del epitelio se alarga penetrando más profundamente en el tejido conectivo, los extremos forman pequeñas masas celulares de forma esférica llamadas acinos o alvéolos. Estos sintetizan la secreción salival y las ramas, que se vuelven tubos huecos o conductos y drenan los acinos. Los componentes de los conductos se forman en el tercer mes y se ahuecan en el sexto mes.

La agrupación de los acinos y los conductos correspondientes en lobulillos ocurre en el sexto mes.

Pero las secreciones salivales se producen después del nacimiento. El desarrollo de las glándulas salivales accesorias toman en el tercer mes y por lo tanto posterior al de las glándulas salivales (parótidas), cuarta a sexta semana; submandibular, sexta semana y sublingual octava semana (6).

## **ANATOMÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES**

La mucosa bucal contienen numerosas glándulas salivales a veces reunidas en cúmulos; las glándulas salivales menores son labiales, bucales, palatinas y linguales. Las verdaderas glándulas mayores constituyen órganos autónomos: tres de cada lado, que son la parótida, submandibular y sublingual. Estas van a secretar la saliva, jugo digestivo, que actúa sobre la calidad física del bolo alimenticio y también posee un eficaz poder enzimático (7)

### **GLÁNDULA PAROTIDA**

#### **DESCRIPCIÓN**

Es la más voluminosa de las glándulas salivales está situada en la región parotidomasoeterica, detrás y lateral de la rama de la mandíbula, por delante del proceso mastoideo y de los músculos estiléos, lateral de la pared faríngea.

Es una glándula de color rosado cuya superficie es lobulada, de consistencia firme, pesa de 25 a 30 gramos (7).

### **CONSTITUCIÓN ANATÓMICA**

La parótida, la glándula arracinaada, esta constituida por un número considerable de acinos glandulares agrupados en lóbulos primitivos y en lóbulos compuestos, cuyo producto de secreción es evacuado por conductos llamados de Bell, conductos intralobulares, lobulares y cuya desembocadura es el conducto de Stenon.

### **CONDUCTO EXCRETOR**

El conducto excretorio de la parótida o conducto de Stensen esta constituido por la reunión de 14 a 16 conductos, emergen de la glándula en el punto de unión del tercio superior con los dos tercios inferiores del borde anterior, corre después sobre la cara externa del masetero, con la arteria transversal de la cara, rodea la bola grasosa de *Bichat*; sigue la

cara externa del buccinador, se desliza de bajo de la mucosa bucal y se abre en la boca por un estrecho orificio en forma de hendidura situado a nivel del segundo molar superior

## **VASOS Y NERVIOS**

Las arterias de la parótida proceden de la carótida externa, las venas terminan en la yugular externa; los linfáticos van a los ganglios parotídeos, los nervios los proporciona el auriculotemporal (8).

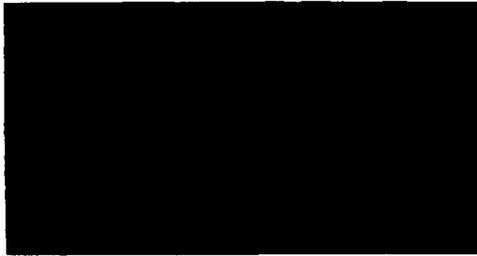


FIGURA 1

## **GLÁNDULA SUBMANDIBULAR**

### **DESCRIPCIÓN:**

Es una glándula firme abollonada de color gris rosados que pesa 7 a 8 gramos, rodeada de una cápsula propia que la separa de los órganos vecinos. Está situada medial y de bajo de la mandíbula, hacia el ángulo de la mandíbula por detrás del músculo milohioideo; este músculo divide el espacio interpuesto entre la lengua y la mandíbula, espacio mandibulolingual, es una parte lateral que aloja la prolongación extramilohidea de la glándula y el vientre anterior de músculo digástrico y en una parte medial o piso de la boca donde se aloja la glándula sublingual (7).

## CONSTITUCIÓN ANATÓMICA

Difiere de la glándula parótida porque sus células secretorias permanecen a dos tipos: el tipo seroso y el tipo mucoso. De los acinos que constituyen la glándula unos son serosos, otros mucosos y otros mixtos.

## CONDUCTO EXCRETOR

Este conducto llamado de *Warton* (4 o 5 cm de longitud por dos o tres milímetro de diámetro), nace en la parte media de su cara interna, corre al principio por la cara externa del hipogloso, después cruzando por la arteria sublingual y el nervio lingual, que pasa por su lado externo, se desliza entre la cara interna de la sublingual, por fuera de los músculos geniogloso y lingual inferior por dentro. Se adosa en la línea media, a su homólogo del lado opuesto, se desliza de bajo de la mucosa bucal y va finalmente abrirse a los lados del frenillo de la lengua.

## VASOS Y NERVIOS

Las arterias de la glándula submandibular vienen de la facial y de la submentoniana; las venas son de la submentoniana y facial; los linfáticos van a los ganglios submandibulares y a los cervicales profundos; los nervios provienen del ganglio submaxilar (8).



FIGURA 2

## GLÁNDULA SUBLINGUAL



Fig. 3

**DESCRIPCIÓN:** Es la más anterior y también la menor de las glándulas salivales mayores; está situada en el piso de la boca de bajo de la mucosa oral entre la lengua y la cara medial del cuerpo de la mandíbula, que constituyen las paredes de la logia sublingual .

### CONSTITUCIÓN ANATÓMICA

Su peso no sobrepasa de 3 gramos, tiene forma de una oliva aplastada orientada detrás hacia adelante y de lateral a medial. No es una glándula única sino que resulta de la unión de una serie de glándulas de ello surge, que no posee un conducto excretor solamente de 15 a 30, uno por cada glándula, entre estos conductos hay uno más desarrollado por fusión de algunas glándulas, es el conducto sublingual mayor (Rivinnus o de Bartholin). Estos conductos emergen de la parte media de la glándula acompañando al conducto submandibular, para desembocar lateral a éste , sobre la carúncula sublingual. Los otros conductos pequeños o cortos son los canales sublinguales menores (de *Walther*), estos se abren laterales al precedente por foraminulas excavadas a través de la mucosa del piso de la boca.

### VASOS Y NERVIOS

Las arterias provienen de la arteria lingual y la submentoniana ; las venas van a la vena

profunda de la lengua (vena ranina) de la vena lingual, los linfáticos son drenados hacia los nodos linfáticos de la logia submandibular; los nervios provienen del ganglio submandibular conectado al nervio lingual (7).

### **GLÁNDULAS SALIVALES ACCESORIAS**

Estas están dispersas en toda la mucosa bucal y son simplemente racimos de acinos mucosos adheridos a cortos conductos que se abren a la boca. A veces están agrupados como las que están por debajo de la lengua y sus conductos emergen en grandes cantidades en zona relativamente pequeñas; estas glándulas superficiales y se encuentran inmediatamente de la mucosa.

### **FISIOLOGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.**

Las glándulas salivales son numerosas y pequeñas glándulas mucilaginosas en la mucosa de los carrillos y en la lengua no son suficientes para humedecer a la boca. Esta la producen tres grandes pares de glándulas: la glándula parótida, la glándula submandibular y la glándula sublingual. Estas se componen de los acinos (segmentos terminales de las glándulas) y de un sistema de canales intra, inter y extra lobulares. La saliva producida se distinguen glándulas serosas, que segregan junto agua y electrolitos productos proteicos (glándula parótida) y las glándulas mixtas que producen adicionalmente mucopolisacáridos (moco, glándulas submandibular y sublingual), diariamente se produce un litro aproximadamente de saliva.

### **CONTROL NERVIOSO DE LA SECRECIÓN**

La secreción se controla tanto por el simpático como por el parasimpático. Este estimula la formación de grandes cantidades de una saliva pobre en proteínas serosa. Una

estimulación glandular por inyección de noradrenalina de la arteria de la región cervical que corresponde a un estímulo simpático, produce en el hombre una secreción pequeña, en comparación de la estimulación parasimpática, de una saliva viscosa de la glándula submandibular y sublingual, pero no de la parótida y además produce una vasoconstricción y contracción de los conductos salivales.

La transmisión de una excitación nerviosa a una célula acinosa y la respuesta de la célula es llamado acoplamiento estímulo secreción. En las glándulas salivales la secreción de electrolitos y agua se estimula por sustancias adrenérgicas y acetilcolina, mientras que la secreción de enzimas aumenta sobre todo bajo la estimulación B-adrenérgica.

Sin estímulo, las glándulas salivales segregan aproximadamente 0.5 ml/min. La deshidratación, en medio y el estrés hacen disminuir a un más el volumen de secreción, en el sueño y en la anestesia la secreción salivar se seca casi completamente. El aumento de la secreción ocurre con el aumento de tamaño del bolo alimenticio y con estímulos gustativos. En reposo las glándulas participa en el volumen total de la secreción salival de la manera siguiente: glándula submandibular 71%, glándula parótida 25 % y glándula sublingual 3%.

Las glándulas salivales segregan diversas macromoléculas: amilasa, glucoproteínas, mucopolisacáridos, lisozomas, inmunoglobulinas y sustancias de los grupos sanguíneos las más importantes funcionalmente son las amilasas &, que segregan por la glándula parótida y sustancias mucilaginosas (submandibular y sublingual) (9).

### **CAPITULO 3**

## **CLASIFICACIÓN TNM DE TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES**

La clasificación aplica sólo al carcinoma de las glándulas salivales mayores (ICD-0C07,C08): glándulas parótida (C07), submandibular (C08,0) y sublingual (C08.1). Los tumores emergiendo de las glándulas salivales menores (glándulas secretoras de moco alineadas en la membrana del tracto aerodigestivo superior) no están incluidas en esta clasificación debe haber confirmación histológica de la enfermedad.

Los siguientes son los procedimientos para la evaluación de T, N y M.

Categorías T: Exploración física e imagen

Categorías N: Exploración física e imagen

Categorías M: Exploración física e imagen

#### **LINFONODOS REGIONALES**

Los linfonodos regionales son los nodos cervicales

#### **M-METASTASIS A DISTANCIA**

**MX** No puede ser determinada la presencia de metástasis a distancia

**MO** Sin metástasis a distancia

**M1** Metástasis a distancia

#### **CLASIFICACIÓN PATOLÓGICA pTNM**

Las categorías pT, pN y pM corresponden a las categorías T, N, y M.

## GRUPO DE ESCARIFICACIÓN

Estadio I	T1a	NO	MO
	T2a	NO	MO
Estadio II	T1b	NO	MO
	T2b	NO	MO
Estadio III	T3a	NO	MO
	T3b	NO	MO
	T4a	NO	MO
	Cualquier T Excepto (T4b)	N1	MO
Estadio IV	T4b	Cualquier N	MO
	Cualquier T	N2,N3	MO
	Cualquier T	Cualquier N	M1

## GLÁNDULAS SALIVALES

T1	<2cm.	
T2	>2 a 4 cm.	Categorías divididas
T3	>4 a 6 cm.	(a) sin extensión
T4	>4cm	(b) extensión
N1	sólo ipsilateral mayor 3 cm.	
N2	sólo ipsilateral menor 3 a 6 cm.	
	múltiples ipsilateral < 6 cm.	
	bilateral, contralateral <6 cm.	
N3	>6 cm.	

## CLASIFICACIÓN CLÍNICA TNM

### T-TUMOR PRIMARIO

TX	no puede ser evaluado tumor primario
T0	sin evidencia de tumor primario
T1	tumor de 2 cm. o menor en su dimensión mayor
T2	tumor de más de 2 cm. pero no más de 4 cm. en su dimensión mayor
T3	tumor de más de 4 cm. pero no más de 6 cm. en su dimensión mayor
T4	tumor de más de 6 cm. en su dimensión mayor.

**NOTA:** Todas las categorías son subdivididas en (a) sin extensión local, (b) con extensión local. La extensión local está constituida por evidencia clínica o macroscópica de invasión de piel, tejidos blandos, hueso o nervio. La evidencia microscópica sólo no constituye extensión local para propósitos de clasificación.

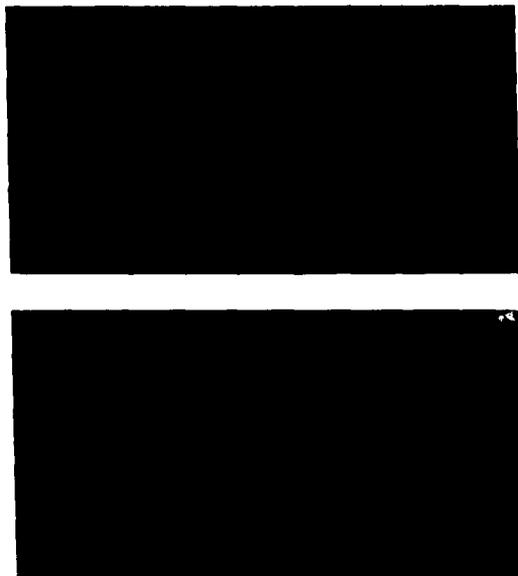
### N-LINFONODOS REGIONALES

NX	los linfonodos regionales no pueden ser evaluados
N0	sin metástasis en linfonodos regionales
N1	metástasis en un solo linfonodo ipsilateral de 3 cm. o menos en su dimensión mayor
N2	metástasis en un solo linfonodo ipsilateral de más de 3 cm. pero no más de 6 cm en su dimensión mayor , o en múltiples linfonodos ipsilaterales, ninguno mayor de 6 cm en su dimensión mayor o en linfonodos contralateral, ninguno mayor de 6 cm. en su dimensión mayor
bilateral o mayor	
	N2a metástasis en un solo linfonodo ipsilateral, mayor de 3 cm. pero menor de 6 cm. en su dimensión mayor
	N2b metástasis en múltiples linfonodos ipsilaterales, ninguno mayor de 6 cm. en su dimensión mayor
	N2c metástasis en linfonodos bilateral o contralaterales, ninguno mayor de 6

cm en su dimensión mayor

**N3** Metástasis en un linfonodo de más de 6 cm en su dimensión mayor

**NOTA.** Los linfonodos en la línea media son considerados nodos ipsilaterales



**FIGURA 6**

T 2 Tumor de más de 2cm pero no mas de 4cm en su dimensión mayor



FIGURA 7

T3 Tumor de más de 4 cm pero no más de 6 cm en su dimensión mayor.

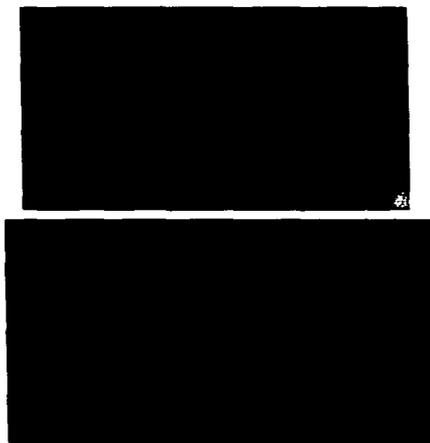


FIGURA 8

T4 Tumor de más de 6 cm en su dimensión mayor



FIGURA 9

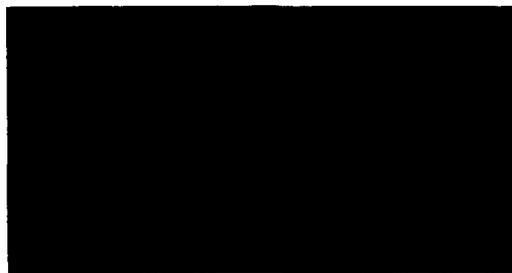


FIGURA 9.1

#### LINFONODOS REGIONALES

Los linfonodos son los nodos cervicales. Estos incluyen:

1. Nodos submentonarios

2. Nodos submandibulares
3. Nodos de la Yugular Craneal (Cervical profunda)
4. Nodos de la Yugular Media (Cervical profunda)
5. Nodos de la Yugular Caudal (Cervical profunda)
6. Nodos de la Cervical Dorsal (Cervical Superficial) a lo largo del nervio accesorio
7. Nodos Supraclaviculares
8. Nodos Prelaringeos y Paratraqueales
9. Nodos retrofaríngeos
10. Nodos Parotídeos
11. Nodos Bucales
12. Nodos Retroauricular y occipital

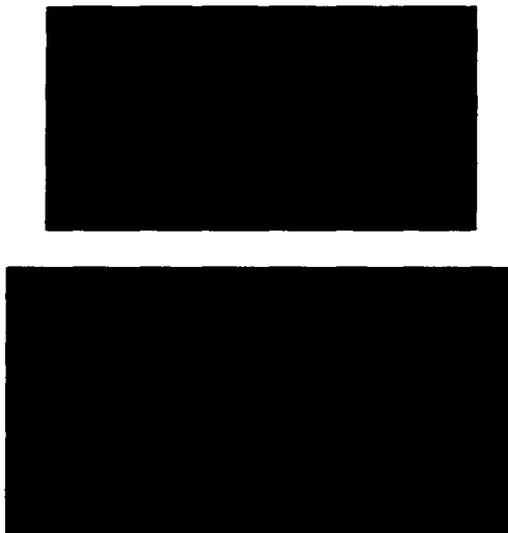


FIGURA 10

## **CAPITULO 4**

### **ADENOCARCINOMA POLIMORFO DE BAJO GRADO**

Una de las neoplasias más recientemente reconocida de glándulas salivales menores originalmente llamada carcinoma ductal terminal y carcinoma lobular. El término carcinoma ductal fue usado para enfatizar la histogénesis propuesta del tumor, que se pensaba que podría ser la célula progenitora de las porciones distales o conductos terminales de las glándulas salivales. El término de carcinoma lobular fue usado debido a que estos adenocarcinomas de glándulas salivales mostraron áreas de un patrón de crecimiento infiltrante similar al carcinoma lobular de la mama.

En 1984 Evans y Betsakis la denominan como neoplasia y a partir de esta fecha se incrementó el número de series de tumores y reportes de casos describiendo al PLGA como una entidad bien reconocida. Se han reportado desde entonces 135 casos de PLGA citados en la literatura y 75 casos identificados en el registro de patología de las glándulas salivales del Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas (10).

#### **EPIDEMIOLOGÍA**

El PLGA se presenta más frecuentemente en la mujer que en el hombre. En 184 se reportaron 121 mujeres y 63 hombre, en una proporción de casi 2 a 1 (3).

Algunos autores han encontrado un ligero predominio entre los 23/79 años de edad y un pico entre la quinta y sexta década de la vida (12).

#### **LOCALIZACIÓN**

Esta neoplasia parece no involucrar a las glándulas salivales mayores y ocurre más frecuentemente en glándulas salivales menores (11).

Su localización más frecuente es en el paladar, ha sido reportado en la mucosa bucal Rafe Pterigomandibular, almohadilla retomolar, lengua y tuberosidad maxilar (4).

Un estudio reportó que 62% de los adenocarcinomas ocurrieron en el paladar, 13 % en la mucosa bucal, 10 % en el labio inferior, 6% en el área retromolar y 9% en los sitios restantes. En general la neoplasia de las glándulas salivales son reportados como tumores únicos; la ocurrencia de tumores glandulares, simultáneos (sincrónicos) o metacrónicos bilaterales es rara (4).

Han sido descritos dos casos de PLGA emergiendo de la nariz (uno en el vestíbulo maxilar y otro en la nasofaringe) (2) y un caso reportado de PLGA en la glándula parótida. (12).

### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

El adenocarcinoma polimorfo es una lesión asintomática que se presenta como un nódulo firme, elevado no ulcerado cubierto por mucosa; si existe ulceración generalmente se debe algún tratamiento. La duración de los síntomas varía de semanas a años, ya que es una neoplasia de crecimiento lento. Puede presentar metástasis en los nódulos linfáticos, pero esto no es frecuente (5).

La lesión típica del paladar es asintomática fija y firme, sin ulceración, surgiendo de la línea media; la ulceración superficial o telangiectasia no se observan comúnmente en esta tumoración de bajo grado (13).

En un estudio realizados donde fueron reportados 48 casos que tuvieron un promedio de duración de 2 a 9 meses, cuyo tamaño era de 1 a 3 cm.; 6 casos reportados estuvieron presentes por más de 7 años y un caso reportado localizado en el piso de la boca con un tamaño de 6 cm (3).

### **CASO CLÍNICO 1**

Hombre afroamericano de 68 años de edad referido para evaluación de una masa asintomática en la mejilla derecha; la masa no había cambiado de tamaño en tres años, únicamente tenía antecedentes de hipertensión. En la exploración física se palpó una masa firme inferior al surco nasolabial derecho. El paciente estuvo sin fiebre y sin linfadenopatía.

En la exploración intrabucal se encontró caries y enfermedad periodontal avanzada. La masa fue de 2 x 2 cm. y fue palpada en la región anterior al orificio del conducto de la glándula parótida. La masa fue firme móvil y sensible a la palpación. Una segunda masa de 1 x 1 cm. palpada en la mucosa bucal izquierda, anterior e inferior al conducto parotídeo (4).

## CASO 2

Mujer de 54 años de edad con retraso mental quien en 1979 fue presentada con un antecedente de 5 meses de tumefacción en la región anterior de su oreja derecha. A la exploración la lesión fue de 30 mm de diámetro semifluctuante y localizada en la parte inferior del lóbulo superficial de la glándula parótida. El tumor fue removido con parotidectomía superficial y se le administro un ciclo de radioterapia. El paciente desapareció hasta octubre de 1990 y regresó con una masa de 200mm. de diámetro sobre el lado derecho de su cuello. El tumor no estaba ulcerado pero la piel que lo cubría tenía decoloración y hemorragias focales. El tumor fue removido y el paciente tuvo un seguimiento de 4 años sin evidencia de recurrencia de la enfermedad (12)

## CASO 3

Hombre de 43 años descubrió una masa en el paladar de 4 años de evolución el examen intrabucal demostró un tumor exofítico de 1.5 x 1.5 cm., en la unión del paladar duro y blando de lado derecho, estaba cubierto de mucosa intacta , pero en el momento de la biopsia, se empezó a ulcerar, la lesión se dignóstico como PLGA. Se le realizo una maxilectomía parcial con seguimiento hasta la fecha donde no se encuentra evidencia de metástasis. (5)

## CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Los tumores están frecuentemente bien circunscritos y tienen su infiltrado alrededor de los tejidos, incluyendo el epitelio superficial, glándulas salivales menores residuales y componentes de tejido conectivo. La reactividad inmunohistoquímica en el PLGA incluye demostración consistente de citoqueratina (de alto y bajo peso molecular), antígeno a la

membrana epitelial y proteina S-100. Las células lumbales y no lumbales son reactivas para estos antígenos. En la exploración con microscopía electrónica se observan células cuboidales o poligonales con gran núcleo con respecto al citoplasma. cromatina dispersa y nucleolo pequeño que frecuentemente está en contacto directo a la membrana nuclear. El citoplasma contiene abundantes filamentos intermedios. Las células tienen un aspecto externo de cuerdas que están investidos por glicosaminoglicanos y por láminas basal excesiva.

### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

El diagnostico diferencial es difícil ya que los tumores benignos mixtos de las glándulas salivales menores pueden ser observados en todos los sitios del tracto aerodigestivo superior. El tumor más difícil de diferenciar del PLGA es el carcinoma adenoideo - quístico, el cual se encuentra frecuentemente en la cavidad oral (10).

### **TRATAMIENTO**

El tratamiento es conservador del PLGA con una amplia incisión quirúrgica. Los procedimientos más radicales de incisión son usados en casos en los que erróneamente se ha diagnosticado como carcinoma adenoma pleomorfo. También se ha usado la quimio y radioterapia pero no hay evidencias sustancial de algún beneficio con el uso de estas terapias en conjunto con la cirugía .

### **PRONOSTICO**

Favorable.

### **DISCUSIÓN**

Los tumores originados de las glándulas salivales menores muestran una gran diversidad en su apariencia histológica, anatómica y curso clínico. Aproximadamente un 1/4 de los tumores de las glándulas salivales son adenocarcinomas . Evans y Batsakis fueron los

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

primeros en describir al PLGA como una entidad clínica patológica distinta en el grupo de los adenocarcinomas de las glándulas salivales.

El PLGA es un tumor invasivo y persistente localmente pero con poca metástasis, sin embargo, es capaz de realizar metástasis localmente , pero en general, tiene un buen diagnóstico. Solamente se ha reportado metástasis distante (pulmón y hueso) de PLGA .

El PLGA es histológica y litológicamente de baja malignidad, caracterizado por uniformidad citológica e histológica, el patrón de crecimiento varía dependientemente del caso. <sup>(5)</sup>

## GLOSARIO

**ADENOCARCINOMA:** Adenoma maligno.

**ADENOMA:** Tumor epitelial, benigno generalmente de estructura semejante a una glándula, cuya principal característica es la de poseer espacios tapizados de epitelio.

**POLIMORFO:** Se presenta en varias formas; los cuerpos que ofrecen distintas formas cristalinas y de ciertas células.

**CARCINOMA:** Tumor o neoplasia maligna formada por células epiteliales neoformadas, con aplasia en mayor o menor grado y con capacidad de provocar metástasis a distancia en cualquier momento de su evolución. Puede ocurrir en cualquier lugar del organismo donde haya epitelio.

**NEOPLASIA:** Neoformación o nuevo crecimiento de tejido, en que la multiplicación de las células no está totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo y tiene un carácter en ocasiones progresivo.

**EPITELIO:** Capa celular que cubre todas las superficies externas e internas del cuerpo y se caracteriza principalmente por estar formado de células de forma y disposición variables, sin sustancia intracelular ni vasos.

**SECRECIÓN:** Función o proceso en virtud del cual un tejido u organismo separa ciertas sustancias de la sangre y las modifica o elabora con ellas, un producto nuevo, que vierte fuera de sí o devuelve a la sangre.

**GLÁNDULA:** Órgano cuya función es fabricar productos especiales a expensas de los materiales de la sangre.

**ACINOS:** Cualquiera de los lóbulos de una glándula compuesta; dices también de las dilataciones sacciformes terminales de un conducto estrecho.

**LÓBULO:** Porción mas o menos saliente de una víscera, limitada por cisuras y divisiones.

**ARRACINADA:** Dispuesto en forma de racimo.

**CONDUCTO:** Pasaje tubular relativamente estrecho para vasos y nervios o secreciones y excreciones principales.

**SEROSO:** Que produce o contiene suero o serosidad.

**MUCOSO:** Sustancia líquida o semisólida, viscosa, translúcida secretada por las glándulas mucosas, compuesta de agua, mucina, sales inorgánicas, células epiteliales, leucocitos y sustancia granulosa.

**MUCILAGENOSO:** Que contiene mucilago o goza de alguna de sus propiedades.

**MUCILAGO:** Sustancia vegetal viscosa, coagulable por el alcohol, muy semejante a la goma que se encuentra en las raíces de malva.

**SINCRÓNICO:** Que ocurre al mismo tiempo.

**ULCERACIÓN:** Proceso de necrosis producto de una úlcera.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- K. M. Thomas, V.L. Cumberworth, J. Mc Evan  
"orbital and skin metastases in a polymorphous low grade  
adenocarcinoma of the salivary gland."  
The Journal of Laryngology and Otolology.  
December 1995 Vol. 109, pp. 1222-1225
- 2.- Joseph Lloreta, Sergi Serrano, Joseph M. Coraminas, Eduard Ferres-Padro  
"Plimorphous Low-Grade Adenocacinomas Arsing In the Nasal Cavities  
with and Associated Undifferentiated Carcinoma".  
Ultraestructural Pathology 19: 365-370 1995
- 3.- Vincet S.D., Hammond H.L. y Finkelstein M.W.  
"Clinical and Therapeutic, Features of Polymorphous Low-Grade  
Adenocarcinoma".  
Oral Surg Oral Med Oral Pathol 77 (1) 41-47 1994
- 4.- Clayton J.R., Poliel M.A. y Regeza J.A.  
"Simultaneous Multifocal Polymorphous Low-Grade Adenocarcinoma".  
Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radial Endod 80 (1) 71-77, 1995
- 5.- Alicia Dean M.D. A, Chavez, M.D., F. Alamillos y J. Alonso del Hoyo.  
"Polymorphous Low-Grade Adenocarcinoma Of the Oral Cavity: Report  
of Two Cases".  
J. Oral Maxillofac Surg 52: 627-630, 1994
- 6.- Dr. D. Vincet Proveza  
"Histología y Embriología Odontológica"  
Ed. Interamericana 1974 México D.F.
- 7.- M. Latarjet, A. Ruiz Liard  
"Anatomía Humana Tomo II  
Ed. Paramericana, 2ª Edición 1992
- 8.- L. Testud y A. Latarjet  
"Compendio de Anatomía Humana Descriptiva"  
Ed. Salvat, Vigésima segunda Edición

- 9.- **R. F. Schidt- G. Thews**  
"Fisiología Humana"  
Ed. Interamericana McGraw- Hill  
24ª Edición 1992
  
- 10.- **Bruce M. Wenig and Dorglas R. Gnepp**  
"Tumors of the Major Salivary Glands Polymorphous Low-Grade  
Adenocarcinomas of Minor Salivary Glands"  
Capítulo 23.
  
- 11.- **Marks W. J. Cook M.G. y Everson J. W.**  
"More Recently Described Subtypes of Adenocarcinomas Management  
of Salivary Gland Lesions".  
Ed Willians y Wilkins 1992
  
- 12.- **Merchand W. J., Cook M. G y Everson J. W.**  
Adenocarcinoma Polimorfo de Bajo Grado de la Glándula Parótida  
British Journal of Oral and Maxilofacial Surgery  
34:328-330 1996.
  
- 13.- **Lewis R. Eversole**  
"Diagnosis and Treatment"  
3ª Edición 1992  
Ed. Lea y Febiger.
  
- 14.- **G. Seifert**  
"World Health Organization International Histological Classification of  
Tumores".  
Ed. Springer- Verlag, 2ª edición 1991
  
- 15.- **Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas**  
Duodécima Edición  
Editorial Salvat 1991.