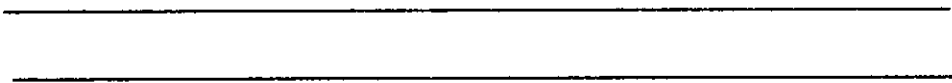


71
201



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CARCINOMA ADENOIDEO

QUÍSTICO

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A
MARINA DE LOS ANGELES
CERVANTES RUÍZ**

**ASESOR DE TESINA
MTRA. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS.**

10/02/98

262538



**FACULTAD DE
ODONTOLOGIA**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D.F., 1998



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 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.

AGRADECIMIENTOS

Con todo cariño, respeto y cariño a
Dios mi padre, que me dio la vida
y con ella el amor, la salud e inteligencia
para tener la dedicación y el coraje para
luchar en la vida.

Con eterno agradecimiento a mis padres
ya que con su cariño y gran esfuerzo me
hicieron salir adelante:

Celerina Ruiz Becerril

Misael Cervantes Ayala.

A mis hermanos que me apoyaron
incondicionalmente en todos momentos:

Gricelda

Yadira

Misael

Sara

Brenda

Esta tesina la dedico con amor y respeto
a la memoria de mi sobrina:

Viviana Gutiérrez Cervantes

por todo el amor que me brindó durante
su corta, pero inolvidable vida.

INDICE

	Pag.
Introducción	1
Glándulas salivales	2
Consideraciones histológicas.....	4
Consideraciones fisiológicas.....	10
Neoplasias benignas y malignas de glándulas salivales.....	12
Carcinoma adenoideo quístico.....	13
Manifestaciones clínicas	14
Métodos de diagnóstico	16
Características histológicas.....	18
Histoquímica e inmunohistoquímica.....	20
Diagnósticos diferenciales	22
Tratamiento.....	24
Pronóstico	25
Conclusiones.....	26
Bibliografía	27
Glosario.....	29

INDICE DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1.....	5
Figura 2.....	6
Figura 3.....	7
Figura 4.....	14
Figura 5.....	16
Figura 6.....	18
Figura 7,8.....	19
Figura 9.....	25

INTRODUCCIÓN

Las glándulas desde el punto de vista anatómico y fisiológico, que se encuentran en la cavidad bucal, cuyas secreciones combinadas constituyen la saliva, se conocen como glándulas salivales. En el hombre, las glándulas salivales se dividen anatómicamente en glándulas salivales mayores y menores, y funcionalmente en glándulas salivales serosas, mucosas y mixtas. Las glándulas salivales mayores pares son la glándula parótida (serosa), submaxilar (mucoserosa) y sublingual (mucoserosa).⁽¹⁾ Las glándulas salivales menores son las labiales, bucales (mucoserosas), glosopalatinas y palatinas (mucosas). Las principales funciones de estas glándulas salivales son humedecer y lubricar la cavidad bucal y su contenido e iniciar la digestión de los alimentos.

Las enfermedades de las glándulas salivales se dividen en neoplásicas y no neoplásicas o reactivas. Siendo las neoplasias de glándulas salivales relativamente raras; pues constituyen cerca del 1 al 4% de las neoplasias de cabeza y cuello. Cerca del 65 al 80% se originan en la glándula parótida, un 10% en la glándula submandibular y el resto en las glándulas salivales menores, incluyendo las glándulas sublinguales. Afortunadamente, sólo una minoría cerca del 15% de las neoplasias localizadas en las glándulas parótidas son malignas, frente al casi 40% en las glándulas submandibulares y más de la mitad en las glándulas salivales menores.

Haciendo una revisión de la literatura cuyo propósito es poder diagnosticar acertadamente esta neoplasia maligna de glándulas salivales, de la cual trataré en esta tesina el **Carcinoma Adenoideo Quístico (Cilindroma)** cuya denominación fue dada por Billroth en 1859; Foote y Frazell que lo denominaron posteriormente como Carcinoma Adenoideo Quístico en el año de 1940. Esta neoplasia constituye cerca del 2 al 4 % de todas las neoplasias de glándulas salivales y se encuentra en aquellos lugares en los que existen glándulas mucosas y con menor frecuencia en glándulas serosas. El detectarlas oportunamente nos otorga un buen pronóstico para el paciente así como brindarle un buen tratamiento.⁽²⁾

GLÁNDULAS SALIVALES

Consideraciones Anatómicas

Glándulas Mayores (pares)

Glándula parótida .Es la más grande con forma aproximada de pirámide invertida, con un vértice que se encuentra entre el músculo esternocleidomastoideo y el ángulo mandibular, una base que se localiza cerca del arco cigomático y el cuello del cóndilo de la mandíbula. Una superficie anterior acanalada por la rama mandibular y el músculo masetero. Una superficie superior dividida por los procesos mastoideos y estiloideos y el músculo esternocleidomastoideo y digástrico. Lateralmente puede tener una porción separada llamada glándula parótida accesoria. Medialmente entra en contacto con el músculo pterigoideo interno aproximándose a la pared de la faringe. La parótida esta cubierta por una cápsula de tejido conectivo que proviene de la lámina profunda de la fascia cervical y masetérica. El nervio facial entra en la glándula y transcurre ventrolateralmente formando el plexo parotídeo dentro de ella.

La glándula desemboca hacia la cavidad bucal por el conducto de Stenon que emerge desde la glándula, teniendo un diámetro de 1.5mm. Esta innervada por fibras simpáticas (vasomotora) y parasimpáticas (secretoras) del ganglio óptico medio del nervio auricular, siendo su secreción serosa.

Glándula submandibular. Le sigue en tamaño a la parótida, consta de una parte superficial más grande y una profunda más pequeña siendo continuas alrededor del borde posterior del músculo milohioideo. La porción mayor se encuentra en el triángulo digástrico, limitado superficialmente por la piel y el músculo platisma, lateralmente por la mandíbula y el músculo pterigoideo medial y por debajo los músculos milohioideo ,estilohioideo y digástrico .La porción pequeña de la glándula es una extensión lingular, pasando alrededor del borde posterior del músculo milohioideo medialmente por el hiogloso ,arriba por el nervio lingual y por debajo el nervio hipogloso. Esta glándula se encuentra rodeada por una cápsula de tejido conectivo procedente de la lámina superficial de las fascias crevical y digástrica, y de los músculos estiloideos .El conducto de secreción de esta glándula es el de Wharton teniendo un diámetro de 1.5 a 3.5 mm. Es innervada por fibras parasimpáticas secretoras

derivadas del ganglio submandibular ,secretando saliva mucosa y serosa predominando ésta última.

Glándula sublingual. Es la más pequeña está constituida por un grupo de glándulas que forman una masa alargada en piso de boca, lateral e inferior a la lengua. El borde superior forma la cresta sublingual en piso de boca .Por debajo descansa sobre el milohioideo, su superficie lateral entra en contacto con la mandíbula y medialmente con el músculo geniogloso y el conducto submandibular. La cápsula de tejido conectivo que la rodea no está bien definida. Más bien descansa de manera independiente dentro del espacio submandibular general .El conducto de excreción principal es el de Bartholin. La inervación es igual a la de la submandibular; siendo su secreción mucosa y serosa predominando la secreción mucosa.

Glándulas salivales menores

Se clasifican anatómicamente en glándulas labiales, bucales (mucoserosas), glosopalatinas y palatinas (mucosas). En la lengua cerca de la punta superficie inferior se encuentra la glándula lingual anterior de Blandin-Nuhn (mucoserosa). La base de la lengua contiene glándulas mucosas .Las glándulas de Von Ebner que se localizan cerca de las papilas valladas (serosas)⁽²⁾

CONSIDERACIONES HISTOLÓGICAS.

Epitelio Glandular.

El epitelio glandular se divide en :1)Glándula caliciforme o de Goblet, 2)Multicelular (exócrino, endócrino y mixto).Las exócrinas vierten sus productos de secreción hacia túbulos llamados conductos excretorios y éstas a su vez hacia el exterior. Estas se clasifican en simples y compuestas:

Las simples : a) Tubulares, b) Alveolares.

Las compuestas: a)Tubuloalveolares.

Las glándulas endócrinas, carecen de conductos excretorios y por secretar sus productos (hormonas) directamente hacia el torrente circulatorio ,a través de los vasos sanguíneos, capilares.(glándulas suprarrenales, tiroides e hipófisis). Las glándulas mixtas, son tanto exócrinas como endócrinas (el páncreas).⁽⁴⁾

Las glándulas salivales inician su desarrollo por medio de una proliferación del epitelio bucal hacia el tejido conectivo subyacente. Esta proliferación epitelial se desarrolla en un extenso sistema ramificado de cordones de células. A medida que el desarrollo avanza se forman espacios dentro de los cordones para formar un sistema de túbulos.

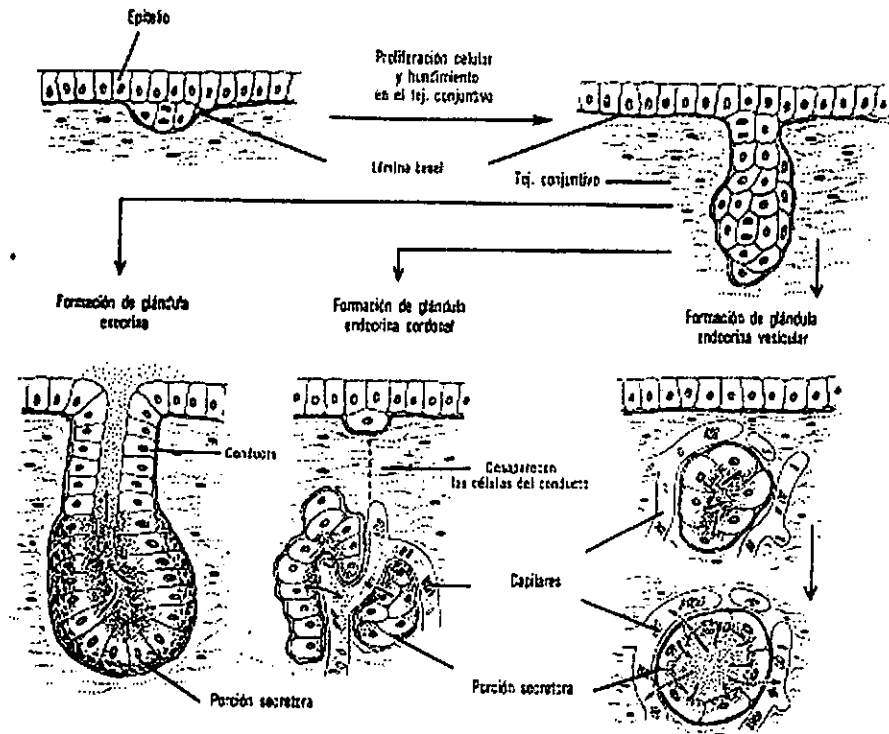


Fig. 1 Esquema que ilustra cómo se originan las glándulas a partir de las superficies epiteliales.

Las ramificaciones terminales más pequeñas de este sistema se diferencian en porciones secretoras de la glándula. Estas porciones son los acinos, que consisten en una capa de células secretoras que revisten un lumen estrecho y son de dos tipos mucosas y serosas. Los acinos se conectan a conductos estriados que se vacían a los conductos excretores e interlobulares y de ahí hacia la cavidad bucal. Situadas entre la membrana basal los conductos o células glandulares se encuentran las células fusiformes (mioepiteliales) se cree que son contráctiles y su función aparente es facilitar el flujo salival.⁽²⁾

Glándulas simples y compuestas.

Si una glándula sólo tiene un conducto excretor, no ramificado (que no se divide) se llama glándula simple. Si poseen un sistema de conductos excretores ramificados (que se dividen) y permiten llevar la secreción de gran número de unidades se llama glándula compuesta.

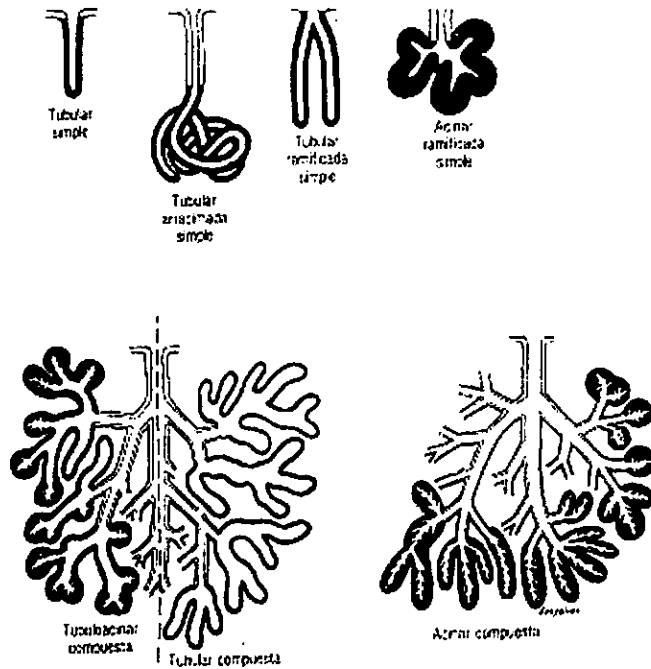


Fig. 2 Se representan en negro las partes de las glándulas formadas por células secretoras. La parte no rellena de negro representa los conductos excretores. Obsérvese que en las glándulas simples los conductos no se dividen, al contrario de lo que sucede en las compuestas.

Glándulas mucosas, serosas y mixtas.

La secreción de las glándulas es más viscosa y pegajosa a estas se les llaman glándulas mucosas. La secreción de otras glándulas son relativamente transparente y acuosa (como suero) éstas son denominadas glándulas serosas. Las glándulas serosas suelen secretar diversas enzimas. De los conductos de algunas glándulas salen secreciones mucosas y serosas, y dado, que estas glándulas poseen las dos clases de unidades secretorias (mucosas y serosas) se llaman glándulas mixtas.⁽⁴⁾

Acinos

Son glándulas exócrinas alveolares (alveolos=huecos) o acinosas (de acinus=uva). Cada acino individualmente es una estructura ovoide o tubular que consta de una sola capa de células especializadas que rodean a un espacio o luz central. Sus células se sostienen por una membrana basal. Los acinos serosos tienen forma esférica, y los mucosos tubulares. La luz de cada acino se continúa con el sistema de conductos de la glándula. Las células que componen un acino o pieza terminal se conocen como células

secretorias acinares y éstas se clasifican como células acinares serosas o mucosas, según su naturaleza de secreción. Las glándulas serosas contienen gránulos de secreción que se limitan por una membrana, que consta de proteínas y glucoproteínas produciendo una secreción acuosa proteínica y las células mucosas contienen gotitas de secreción formadas por sustancias mucosas ricas en carbohidratos; siendo su secreción espesa y viscosa.⁽¹²⁾

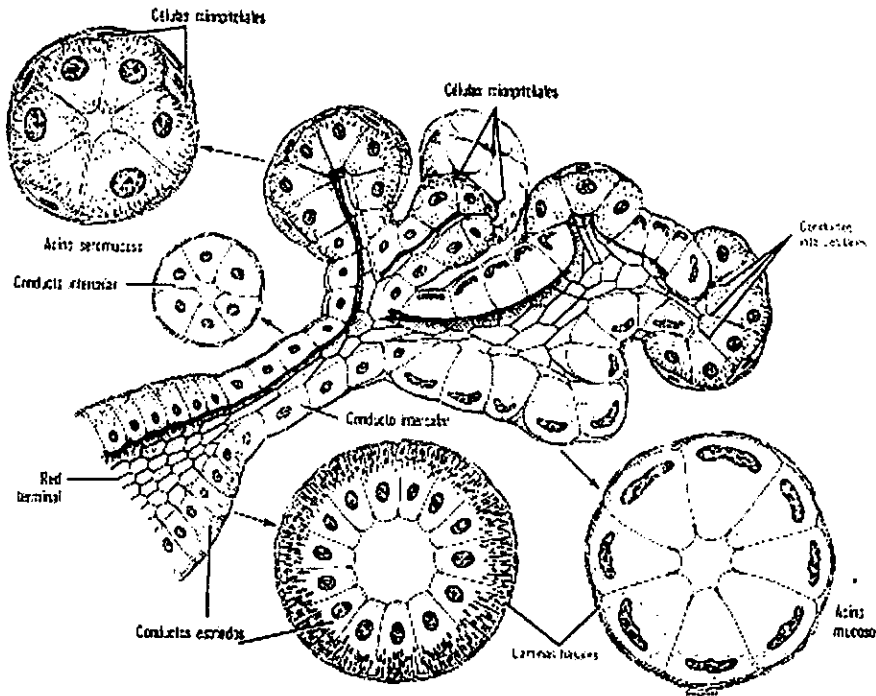


Fig. 3 Esquema que ilustra los componentes de una glándula salival submaxilar.

Células mioepiteliales.

Un tercer tipo de célula que se relaciona con los acinos de todas las glándulas salivales son células no secretorias llamadas mioepiteliales.⁽¹²⁾ Tienen forma estrellada con núcleo central y largas prolongaciones citoplasmáticas que envuelven las porciones secretoras de las glándulas fijándose a las células por desmosomas, las células mioepiteliales se disponen alrededor de los acinos.⁽³⁾

Las células mioepiteliales también las podemos encontrar en relación con los conductos intercalados.⁽¹²⁾ Se admite que estas células son contráctiles y actúan activando el flujo del producto de secreción de las glándulas por la compresión de su parénquima.

En su citoplasma se observan miofilamentos similares a los de las células musculares lisas.⁽³⁾

Estudios de inmunofluorescencia han localizado presencia de proteínas contráctiles actina y miosina en las células mioepiteliales. Cuando estas células se contraen comprimen el acino y aumentan la presión en el sistema de conductos, ayudando con ello a la propulsión de la saliva hacia la cavidad bucal.⁽¹²⁾

Sistema de conductos.

De los tabiques (láminas de tejido conectivo), son separaciones de tejido conectivo en los lóbulos que se llaman tabiques interlobulares y los que entran entre los lobulillos se denominan tabiques interlobulillares. En algunas glándulas los tabiques convergen hacia el sitio donde el conducto principal salen de la glándula. En consecuencia los tabiques brindan sostén a las ramas principales del conducto al pasar del interior al exterior de la glándula. Las ramas del sistema de conductos transportados en los tabiques interlobulillares se llaman conductos interlobulillares, se identifican por su gran calibre, tienen revestimiento epitelial grueso, luz amplia y rodeados por tejido conectivo de los tabiques que los transportan.

Las ramas de menor calibre del sistema de conductos situados dentro de los lobulillos se denominan conductos intralobulillares de los tabiques estos conductos son de menor calibre, además están rodeados por menos tejido conectivo que los interlobulillares, porque no cursan por los tabiques. Hay escaso tejido que conecta a los conductos intralobulillares con los tabiques hacia los cuales se dirigen, lo cual brinda sostén para los conductos situados en el espesor de los lobulillos.⁽⁴⁾

Sistema mesenquimatoso (tejido conjuntivo).

Se caracteriza morfológicamente por presentar diversos tipos de células, separadas por abundante material intercelular sintetizado por ellas. La riqueza en material intercelular es una de sus características más importantes este material esta representado por una parte con estructura microscópica definida, las fibras conjuntivas, y por otra parte no estructurada, la sustancia fundamental amorfa. Bañando las células, las fibras y la sustancia amorfa, hay una pequeña cantidad de líquido llamado plasma intersticial. La mayor parte del agua extracelular presente en el tejido conjuntivo no está libre, sino en forma de agua de solución de las macromoléculas de proteínas y glucosaminoglucanos.

Las fibras de tejido conjuntivo son de tres tipos: Colágena, elásticas y reticulares. Los tejidos de este grupo desempeñan las funciones de sostén, relleno, defensa y nutrición. Las dos primeras son tan potentes que tienden a obscurecer las otras. Las cápsulas que revisten los órganos y la maya tridimensional interna que soporta sus células están constituidas por tejido conjuntivo. Este forma los tendones, ligamentos y el tejido areolar que llena los espacios entre los órganos. Los tejidos óseos y cartilagosos, responsables principales del sostenimiento del cuerpo humano, son variedades del conjuntivo órganos.

El tejido conjuntivo contribuye a la defensa del organismo por poseer células fagocitarias y células productoras de anticuerpos. Las primeras se engloban en partículas inertes y microorganismos que penetran en el organismo; las segundas sintetizan proteínas específicas llamadas anticuerpos, capaces de combinarse con proteínas extrañas. Al combinarse con las proteínas de ciertas bacterias, los anticuerpos pueden destruir la actividad de estos elementos, haciéndolos inocuos para el organismo.

El papel que desempeña el tejido conjuntivo en la nutrición deriva de su íntima asociación con los vasos sanguíneos. Tanto las sustancias nutritivas transportadas por la sangre como los productos de deshecho del metabolismo que son conducidos a los órganos de eliminación atraviesa el conjuntivo que envuelve los capilares.

El tejido conjuntivo se deriva del mesénquima, que es un tejido embrionario caracterizado por poseer células con prolongaciones, sumergidas en abundante sustancia intercelular amorfa poco viscosa. Las células mesenquimatosas poseen núcleos ovoides, con cromatina fina.

El mesenquima deriva de la hoja embrionaria media o mesodermo y se propaga por el interior del embrión envolviendo los órganos en formación y penetrando en ellos. Además de dar origen a todas las variedades del conjuntivo, el mesodermo forma otros tejidos, como el muscular y algunas glándulas.⁽³⁾

CONSIDERACIONES FISIOLÓGICAS

Una de las principales funciones de las glándulas salivales es secretar saliva, que humedece y lubrica la boca y los alimentos e inicia la digestión de por el agua y las glucoproteínas que entran en la composición de la saliva. Tales sustancias la comida, también sirve como agente amortiguador antibacteriano.⁽²⁾ Esta función es realizada son sintetizadas principalmente por las células mucosas y en menor cantidad, por las seromucosas.

Se sabe que las parótidas submaxilares y sublinguales contribuyen respectivamente con 25, 70 y 5% de la saliva total producida por el hombre. Otra actividad importante de estas glándulas en el hombre es iniciar la digestión de los glúcidos, mediante la acción enzimática de la amilasa salival. Se estima que el 70% del almidón ingerido es hidrolizado por la amilasa. Esta digestión se inicia en la boca, pero continua principalmente en el estómago antes de que el bolo alimenticio haya sido acidificado por el ácido clorhídrico, fenómeno que inhibe la actividad amiolítica. La saliva producida por las células secretoras del adenómero es isotónica en relación a la sangre, pero a medida que la saliva pasa por los conductos hay reabsorción de sodio y excreción de potasio. Esta peculiaridad explica el hecho de que la saliva tomada de la boca no sólo sea hipotónica, sino que también contenga más potasio y menos sodio que la de la sangre.

Las células de los conductos estriados tienen semejanzas morfológicas con las de los túbulos contorneados del riñón, ambas presentan características de células que transportan iones y son sensibles a las hormonas aldosterona y vasopresina. A pesar de la influencia hormonal, las glándulas salivales están principalmente controladas por su inervación parasimpática y simpática, habiéndose evidenciado en ellas terminaciones nerviosas de estos dos sistemas.⁽³⁾

El conjunto de órganos linfáticos (timo, bazo, amígdalas y ganglios linfáticos), las masas de tejido lífático en otros órganos, los linfocitos de la sangre y de la linfa, los linfocitos y plasmocitos del tejido conjuntivo constituyen el sistema inmunitario. Su función es la defensa frente a macromoléculas que penetran en el organismo de modo aislado o como parte de la estructura superficial de un virus o microorganismo, también reconoce como extrañas macromoléculas a las células malignas. Ante esas macromoléculas o antígenos, el sistema desencadena la respuesta inmunitaria.

Un antígeno es una molécula que presenta una configuración especial capaz de provocar la respuesta inmunitaria. La parte de la molécula antigénica responsable por su capacidad de suscitar la respuesta se llama determinante antigénico. Estos son identificados por los linfocitos por medio de anticuerpos preexistentes en la superficie de estas células. El reconocimiento desencadena la respuesta inmunitaria que, según el antígeno, pueden ser del tipo celular o humoral. En el primer caso, el reconocimiento es por los linfocitos T, en la humoral es reconocida por linfocitos B.

Los anticuerpos son proteínas del tipo de las gammaglobulinas, que se llaman inmunoglobulinas. En la especie humana hay cinco clases (G,A,M,D y E) conocidas como IgG, IgA, IgM, IgD e IgE. La IgA aparece en pequeña cantidad en la sangre, con un peso molecular de 160,000 (forma de monómero). Es el principal anticuerpo de las lágrimas, calostro, saliva y secreciones nasal, bronquial, del intestino delgado, de la próstata y del líquido que humedece la vagina. La IgA secretora o SIgA, presente en las secreciones externas, está constituida por dos moléculas de IgA monomérica, unidas por una cadena polipeptídica, la proteína J y combinada por otra proteína, la pieza secretora o pieza de transporte. El conjunto formado por la SIgA tenía un peso molecular de 400.000 y es resistente a las enzimas proteolíticas, lo que hace que SIgA este funcionalmente adaptada para actuar en las secreciones sin sufrir inactivación por las enzimas presentes en ellas.

Las moléculas monoméricas del IgA y la proteína J son sintetizadas localmente por los plasmocitos de las glándulas y membranas mucosas. La pieza es producida por las células epiteliales⁽³⁾

NEOPLASIAS BENIGNAS Y MALIGNAS DE GLÁNDULAS SALIVALES

Las neoplasias son clasificados de acuerdo a la organización mundial de la salud (OMS). Entre los tumores benignos el 82 (88.2%) son adenomas pleomorfos primarios. Los tumores malignos constituyen el 18.2% de todos los tumores, los de malignidad intermedia constituyen el 5% . Le sigue el adenocarcinoma (5%).

Benignos : Adenoma pleomorfo, adenoma monomorfo, adenolinfoma, tumor de Warthin, adenoma simple y otros.

Malignos: Mucoepidermoide, carcinoma, carcinoma adenoideo quístico, adenocarcinoma, carcinoma epidermoide.⁽¹⁰⁾

CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO**DEFINICIÓN**

Es un tumor maligno infiltrativo de glándulas salivales, compuesto de células cuboidales sólidas, cribiformes o de patrones tubulares con una predilección por la invasión de espacios linfáticos perineurales⁽⁶⁾

ETIOPATOGENIA

Se cree que se deriva de las células de reserva de los conductos intercalados o del complejo tubular terminal que se diferencia hacia la línea celular de los conductos intercalados⁽⁵⁾

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se encuentran carcinomas adenoideos quísticos en todos aquellos lugares en los que existen glándulas mucosas, con menor frecuencia se producen a partir de glándulas serosas⁽¹⁾ Aproximadamente el 50% evoluciona en glándulas salivales menores. El paladar es el sitio más común



Fig. 4 Carcinoma adenoideo quístico de glándulas salivales accesorias del paladar.

La neoplasia del carcinoma adenoideo quístico se establece principalmente en la glándula parótida y glándulas submandibulares, con una localización en estos dos sitios⁽⁸⁾ Con una distribución igual en ambos sexos, aunque algunos estudios han demostrado predilección femenina, cuando ocurren en glándula submaxilar. Afecta con mayor frecuencia a individuos entre los 50 y 70 años de edad. Baker y cols. refiriéndose sobre la malignidad de glándulas salivales citan que esta neoplasia puede encontrarse en niños aunque es muy raro. ⁽¹⁾ Cuando esto ocurre por lo regular se presenta en recién nacidos y durante su primer año de vida, también algunos autores lo reportan en adolescentes.⁽¹⁴⁾

Aproximadamente el 35% de todas las neoplasias de glándulas salivales que se presentan en niños son más agresivos y de un pronóstico más desfavorable. Por lo tanto una neoplasia de glándula parótida de grado mayor de 2.5 cm es más maligna en niños que en adultos. Su desarrollo es rápido con parestesia del nervio facial o linfadenopatías aunque se tienen varios reportes de la falta de síntomas⁽¹⁴⁾ Cabe explicar que los síntomas y características varían de acuerdo al sitio involucrado.⁽⁷⁾

El carcinoma adenoideo quístico se manifiesta como una masa firme unilobular, de crecimiento lento que frecuentemente suele relacionarse con dolor o sensibilidad a la presión o al contacto⁽⁶⁾ Se llega a producir parálisis facial en aproximadamente la tercera parte de los pacientes con neoplasias parótideas, la neoplasia tiende a invadir los espacios perineurales y a extenderse más allá de la localización clínica del tumor. Una característica de los tumores intrabucuales, en particular los ubicados en paladar, es la ulceración de la mucosa que lo cubre, pero en general, se caracterizan por crecimiento y evolución .lenta.⁽⁸⁾

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

T.A.C. Y R.M.

La evaluación radiológica del carcinoma adenoideo quístico es multifactorial. Hay varias técnicas que se usan para detectar la presencia de la neoplasia, para poder definir la extensión, detectar la involucración y/o destrucción de estructuras adyacentes. Varias técnicas radiológicas son usadas para mantener al paciente bajo observación de una posible recurrencia y metástasis de la neoplasia.



Fig. 5 Carcinoma adenoideo quístico del seno maxilar.

La tomografía computarizada es la exploración de primera elección para estas neoplasias. En senos paranasales aparece una masa de tejidos blandos, que erosiona las paredes sinusales e invade las estructuras vecinas. En la nasofaringe, la masa se origina en la pared posterolateral y se extiende hacia la base del cráneo. También puede demostrar la invasión perineural característica de la neoplasia.

La invasión ósea ocurre con frecuencia y en la fase inicial no se observan alteraciones radiológicas, ya que se produce infiltración a través de los espacios medulares, y en raras ocasiones involucra la mandíbula.⁽¹⁹⁾

La arquitectura interna de la glándula parótida y la masa del tumor se visualiza mejor con la imagen de resonancia magnética (MRI), porque refiere una relación sobre la involucración de la neoplasia en el nervio facial determinando sus márgenes. Se ha usado

para determinar el grado de malignidad de la neoplasia, los márgenes del tumor, su aparente infiltración y si hay características intralesionales.⁽¹⁸⁾

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Desde el punto de vista macroscópico, generalmente son pequeños, mal encapsulados, infiltrativos y de color gris rosado.⁽⁹⁾ El tumor mide habitualmente de unos 2 a 5 cm. de diámetro⁽¹⁾ Histológicamente están compuestos por células pequeñas y cuboideas que tienen núcleos compactos, y oscuros y citoplasma escaso.⁽⁹⁾ No se aprecia o es mínima la atipia nuclear así como tampoco aparece actividad mitótica. Una parte de los componentes celulares de esta neoplasia corresponde a las células mioepiteliales⁽⁸⁾

Las células demuestran una tendencia a disponerse en patrones tubulares, sólidos, o patrones cribiformes, restos de cilindromas que surgen de los anexos de la piel. Los espacios entre las células tumorales suelen estar rellenos con un material hialino que, al parecer, representa una membrana basal excesiva.⁽⁹⁾

El patrón histológico cribiforme es clásico y muestra islas de células epiteliales basaloides que contienen múltiples cilindros, entre los espacios quísticos se encuentra material mucoide basófilo o productos de material hialino eosinófilo, el patrón es uniforme y rara vez se encuentra actividad mitótica.



Fig. 6 Desarrollo de patrones cribiformes " con apariencia de queso suizo."

En el patrón tubular, las células de la neoplasia son similares, pero ocurren como múltiples conductos o canales pequeños en un estroma hialinizado.

La lámina tubular puede ser alineada por una o muchas células falsas y aveces conductos falsos y las células mioepiteliales pueden ser discernidas.



Fig. 7 Carcinoma adenoideo quístico con patrones cribiformes y partes tubulares.

La variante sólida, consiste en islas largas o capas de células del tumor que demuestran pequeña tendencia a formación quística. Al contrario del cribiforme y los patrones tubulares, hay pleomorfismo celular y actividad mitótica, también necrosis focal en el centro de las islas de la neoplasia, que pueden ser observadas.⁽⁸⁾

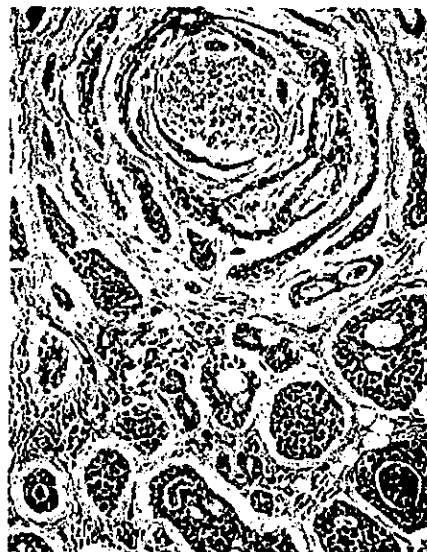


Fig. 8 Carcinoma adenoideo quístico . Compuesto de nidos sólidos y tubulares.

HISTOQUÍMICA E INMUNOHISTOQUÍMICA

La histoquímica se emplea generalmente para indicar los métodos de localización de distintas moléculas en los cortes de tejidos. Los métodos histoquímicos se basan en reacciones químicas específicas o en la interacción macromolecular de alta afinidad. El resultado final suele ser la producción de compuestos insolubles; teñidos o electrodensos que permiten localizar sustancias específicas en los cortes de tejidos mediante el empleo del microscopio óptico o electrónico. Con estos métodos se pueden localizar en los cortes: iones como hierro o fosfato.

Polisacáridos

Estos compuestos se encuentran libres o unidos a proteínas y lípidos. El único polisacárido no unido a proteínas, presente en el organismo de los mamíferos es el glucógeno, que pueda ser puesto de manifiesto por la reacción del ácido periódico de Schiff-PAS.

Hay una gran variedad de polisacáridos aniónicos denominados glucosaminoglucanos. Estos se unen a las proteínas constituyendo los proteoglucanos. El tejido conjuntivo es rico en proteoglucanos. La parte glúcida de los proteoglucanos y de las glucoproteínas ácidas reaccionan intensamente con el colorante azul alciano.⁽³⁾

Se relacionó la distribución histológica de glucosaminoglucanos y los patrones morfológicos de neoplasias de glándulas salivales. Siendo uno de los factores histológicos comunes entre el adenoma pleomorfo y el carcinoma adenoideo quístico, la acumulación abundante de glucosaminoglucanos. En el carcinoma adenoideo quístico se observó que partes cribiformes y partes sólidas predominaron. Numerosos pseudoquistes se tiñen con material azul alciano, pero sus estromas fueron menos teñidos. El material alciano azul-positivo en los pseudoquistes después de la ingestión con hialuronidasa testicular y condroisinasa ABC y AC llega a ser negativa, pero remanentemente es positivo después de la ingestión de hialuronidasa de estreptomices.⁽¹⁾

Inmunohistoquímicamente varias fracciones de glucosaminoglucanos semejantes a condroides 6-sulfato, y sulfato queratina se observa principalmente en las membranas plasmáticas de las células del adenoma pleomorfo y carcinoma adenoideo quístico y de las

células mioepiteliales de glándulas salivales normales.⁽¹⁾ En un estudio de localización inmunohistoquímica del antígeno carcinoembriogénico (CEA) en neoplasias de glándulas salivales, se obtubieron los resultados de anticuerpos monoclonales y policlonales que fueron usados en diagnósticos diferenciales de varias neoplasias epiteliales.incluyendo la evaluación de glándulas normales y adenitis obstructiva de parótida.

Los doctores McDicken y Scott estuvieron de acuerdo en detectar el antígeno carcinoembriogénico inmunohistoquímicamente en sólo algunas de las series de control de glándulas salivales mayores normales. y reportaron que el antígeno esta presente en la saliva normal y sugirieron que no está relacionado a el tipo de tumor histológico, pero que algo estaba dependiendo sobre el grado de diferenciación de células neoplásicas y el crecimiento de conductos bien formados y concluyeron que el antígeno carcinoembriogénico no es un marcador relevante para diferenciar el comienzo de neoplasias de glándulas salivales.⁽¹³⁾

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Adenoma pleomorfo (tumor mixto): Tiene una ligera predilección por el sexo femenino, presentándose entre la 1ª. Y 2ª. década de la vida, es un tumor benigno asintomático, con una localización en glándulas principales como glándulas parótidas o accesorias, en la zona del paladar y del labio superior.

Sus manifestaciones clínicas son: Es de crecimiento lento, móvil a la palpación excepto cuando aparecen en paladar duro, bien delimitado, y no produce ulceración.

En cuanto a sus características histológicas : Estos se encuentran encapsulados y algunas veces no totalmente. Existe una gran variedad histológica por lo que se le denomina tumor mixto o pleomorfo. Están compuestos por elementos epiteliales, y en otros sólo están presentes en focos dispersos, la lesión se observa macroscópicamente de color blanco amarillenta y tiene relación con el carcinoma adenoideo quístico porque presenta patrones tubulares aunque estos son irregulares, por lo cual podríamos confundirlo.⁽⁹⁾

Carcinoma mucoepidermoide: Es una neoplasia maligna de glándulas salivales donde no existe predilección en cuanto al sexo, se presenta entre la 3ª. Y 5ª. década de la vida, produce dolor cuando hay alto grado de malignidad. Principalmente con una con afección a la glándula parótida, submaxilar, y glándulas de cavidad bucal como en el paladar.

Sus manifestaciones clínicas son: Se dividen en bajo, medio y alto grado de malignidad, es de crecimiento lento cuando es de bajo grado y cuando es de alto grado de malignidad su crecimiento es rápido, presentando una ulceración sobre la mucosa de la zona afectada y en glándulas salivales mayores compromete el nervio facial.

Características histológicas: Macroscópicamente tienen hasta 8cm. de diámetro, carecen de cápsula, son de color gris pálido o blanco. Histológicamente, el patrón básico consiste en cordones, láminas o configuraciones quísticas de células escamosas o intermedias.

Frecuentemente revela quistes pequeños que contienen mucina, las lesiones de bajo grado suelen estar compuestas principalmente por células mucosecretoras, que a menudo forman espacios glandulares. Por otra parte, las neoplasias de alto grado están

formadas principalmente por células escamosas con algunas células mucosecretoras.⁽⁹⁾ Esta neoplasia la podemos confundir con el carcinoma adenoideo quístico, ya que también produce dolor y se presenta en glándula parótida y paladar produciendo una ulceración siendo esto característico en el carcinoma adenoideo quístico.

TRATAMIENTO

Sin importar el sitio de la lesión primaria, el tratamiento de elección es la excisión que incluye la resección del hueso subyacente. Con frecuencia se realiza la cirugía radical para obtener bordes quirúrgicos libres de tumor, en el caso de la glándula parótida el tratamiento sería una parotilectomía total, y la resección del nervio facial sería si porciones del nervio son involucrados.

Adjunto con la radioterapia la disección de cuello en el manejo de alto grado de malignidad es limitado para pacientes con metástasis regional.⁽¹⁴⁾ La malignidad del carcinoma adenoideo quístico es reconocido ampliamente hasta ahora, pero se ha cuestionado desde hace años sobre el sacrificio o no del nervio facial.

Los tratamientos prematuros consisten en la excisión local, ya que el curso de esta lesión requiere de una extensa cirugía para que haya posibilidades de aumentar la supervivencia. La proximidad del tumor al nervio facial, la invasión perineural y el pobre pronóstico asociado con la involucración del nervio han establecido decisiones sobre el manejo quirúrgico del nervio facial. En un estudio sobre la administración quirúrgica del nervio facial se estudiaron 43 casos de carcinoma adenoideo quístico de glándula parótida, fueron enfocados al manejo del nervio facial tratado quirúrgicamente y los hallazgos subrayaron que no hay manejo singular de carcinoma adenoideo quístico de glándula parótida que se incluye en gran variedad de planes de tratamiento para alto riesgo en pacientes.(Gregory S.Weinstein)

La filosofía del tratamiento reflejado en el estudio enfocan una operación con el fin de remover la neoplasia, con la rehabilitación inmedata del nervio facial cuando es necesario y el uso de radioterapia postoperativa si está indicada.

Esto nos da un concepto adecuado en el manejo del tratamiento y un período prolongado de vida para el paciente.⁽¹⁵⁾

PRONÓSTICO

La terapia radioactiva y la cirugía controlan la lesión principal del carcinoma adenoideo quístico; y sus resultados revelan un promedio de supervivencia de 73.2 % en cinco años de lesiones principales.⁽¹⁷⁾

Debe juzgarse en términos de supervivencia de 15 a 20 años que es cuando la recurrencia y metástasis se presentan después del tratamiento. Un factor adicional que influye en forma negativa en el pronóstico, es la presencia del tumor en la línea de extirpación quirúrgica.⁽¹⁶⁾

En este tumor es frecuente la invasión de nódulos linfáticos regionales. También la metástasis a distancia ocurre temprana y es más común en pulmones y menos frecuente en hueso, hígado y cerebro.

El pronóstico final es reservado, ya que la radioterapia quizá induzca regresiones temporales, aunque no cura la enfermedad y los resultados de la quimioterapia no son muy comprometedores.⁽¹⁷⁾

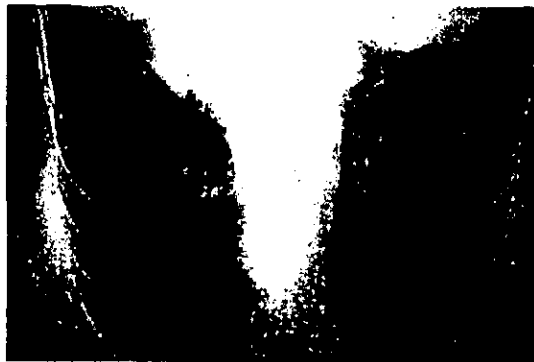


Fig. 9 Radiografía de torax con metástasis pulmonares de un carcinoma adenoideo quístico de glándulas salivales.

CONCLUSIONES

En las glándulas salivales se llegan a presentar muchos trastornos, entre los que se incluyen los inflamatorios (agudos y crónicos) y los procesos neoplásicos (benignos o malignos). Dentro de la literatura las neoplasias benignas y malignas de glándulas salivales son relativamente raras, y constituyen alrededor del 5% en cabeza y cuello.

El carcinoma adenoideo quístico constituye el 2% de las neoplasias malignas por lo que son relativamente raras y tiende a invadir el nervio facial. En relación al comportamiento biológico es importante saber que esta neoplasia provoca metástasis y recurre en forma tardía.

Se debe establecer un buen diagnóstico por medio de una valoración clínica profunda, utilizando métodos de apoyo como citología, biopsia incisional y por aspiración. y estudios más sofisticados como la Tomografía Axial computarizada y la Resonancia Magnética. También son utilizados estudios de Histoquímica como la tinción de Shiff-Pas en la cual observaremos el glucógeno que nos indicará las células productoras de moco.

Todos estos estudios nos ayudarán para tener un amplio panorama del tipo de tratamiento a elegir, de acuerdo a la extensión y a la localización de la neoplasia.

Tomando en cuenta la malignidad de la neoplasia, debemos preparar psicológicamente e informar al paciente que durante el manejo quirúrgico existe la posibilidad de lesionar el nervio facial, por lo que puede ocasionar una parálisis facial ya que en ocasiones es imposible la preservación de éste, sobre todo cuando se encuentra involucrado.

Dependiendo del sitio involucrado de la neoplasia se valorará la técnica quirúrgica, la cual puede ser una parotidectomía superficial o total o una disección radical de cuello ipsilateral.

También hay que informarles sobre la posibilidad de una metástasis tardía y la remota posibilidad de un buen periodo de vida para el paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Gorlin, Robert J. **Patología Oral**, Salvat, 1ª edición. Barcelona. 1990.p.p. 1125- 1128
- 2.- Kruger, Gustavo . **Tratado de Cirugía Bucal**, Panamericana. 5ª edición. Buenos Aires. 1983.p.p. 371-374,406.
- 3.- Junqueira, L..C. **Histología Básica**, Salvat.4ª edición. Barcelona. 1996.p.p. 12-16,62-64,75.
- 4.- Ham, Arthur W. **Tratado de Histología**, Interamericana. 8ª Edición. México. 1984.p.p.226-230.
- 5.- Reguezi, Joseph A. **Patología Bucal**, Interamericana. 1ª Edición. México 1991.p.p.
- 6.- Raspall, Guillermo. **Enfermedades Maxilares y Craneofaciales. Atlas Clínico**. Salvat.1ª edición. Barcelona. 1990.p.p. 304-305.
- 7.- Wenig, Bruce M. **Atlas of the Head and Neck Pathology**, Saunders.1ª edición. Philadelphia. 1993.p.p. 311-313.
- 8.- Neville, Brad W. **Oral and Maxillofacial Pathology**, Saunders.1ª edición. Philadelphia, 1995.p.p.355-356.
- 9.- Cotran, Ramzi S. **Patología Estructural y Funcional**. Interamericana.5ª. edición. Madrid. 1995.p.p.834.
- 10.- Chidzonga, Midion. **A Clinicopathologic Study of Parotid Gland Tumors**. J Oral Maxillofacial Surg. Dec. 1994.12(52) 1253-1256.
- 11.- Nakanishi, Kuniaki. **Glycosaminoglycans in Pleomorphic adenoma and adenoid cystic carcinoma of the salivary gland**, Arch pathol. Lab Med. 12(114), Dec. 1990, 1227-1231.

- 12.- Walter, Davis, **Histología y Embriología Bucal**, Interamericana, 1ª Edición. México. 1986. p.p. 206-220.
- 13.- Alfaro, Miriam. **Immunohistochemical localization of carcinoembryonic antigen (CEA) in salivary gland tumors**. Oral surg, Oral Med. Oral Pathol. 4(69), April 1990, 479-482.
- 14.- Baker, Shan. **Salivary gland malignancies in children**. Cancer, 55(8), April, 1985. 1730-1736.
- 15.- Weinstein, Gregory. **Adenoid cystic carcinoma of the parotid gland: A review of surgical management with reference to the facial nerve**. Ann Otol Rhinol Laringol, 98(11), Nov. 1989, 845-847.
- 16.- Hosokawa, Yoichiro, **Analysis of adenoid cystic carcinoma treated by radiotherapy**. Oral surgery Oral medicine Oral pathology, 2(74) August 1992, 251-255.
- 17.- Grillet. **Spontaneous regression of lung metastases of adenoid cystic carcinoma** Chest. 85(2), Feb. 1984, 289-291.
- 18.- Rosai, Juan. **Surgical Pathology**, Mosby, 8ª Edición. Toronto. Vol. 1, 1996. p.p. 837-839.
- 19.- Conley, John. **Adenoid Cystic cancer of the Head and Neck**. Thieme, 1ª Edición, New York, 1991. p.p. 31-35.

GLOSARIO

Adenoide:	Que se parece a una glándula o ganglio. Hipertrofia del tejido ganglionar.
Anaplasia:	Regresión de las células a una forma muy primitiva e indiferenciada.
Biopsia:	Extracción y examen ordenamiento microscópico de tejidos u otras materias procedentes del organismo vivo, con fines de diagnóstico.
Carcinoma:	Neoplasia maligna formada por células epiteliales neoformadas, con anaplasia en mayor o menor grado y con capacidad de provocar metástasis en cualquier momento de su evolución.
Disección:	División y separación metódica de las partes y órganos del cuerpo para el estudio de su disposición y además caracteres anatómicos.
Enzima:	Sustancia capaz de acelerar o provocar ciertos procesos químicos sin sufrir ninguna modificación.
Escisión:	Extirpación de un tejido u órgano.
Glándula:	Órgano cuya función es fabricar productos especiales a expensas de los materiales de la sangre.
Isotónica:	Soluciones salinas cuya concentración molecular en sales es igual a la del suero de la sangre.
Lumen:	Luz de un vaso o conducto.
Metástasis:	Diseminación del foco primario a distancia.

Neoformación:	Formación de una neoplasia.
Neoplasia:	Nuevo crecimiento de tejido en el que la multiplicación de las células no está totalmente controlado por los sistemas reguladores del organismo tiene un carácter a veces progresivo.
Parálisis:	Pérdida de movimiento de una o varias partes del cuerpo.
Parotidectomía:	Excisión de la glándula parótida.
Plasma:	Sustancia orgánica fundamental de las células y tejidos.
Pleomorfismo:	Presentación de varias formas por un individuo o especie, bacterias especialmente bajo condiciones determinadas.
Plexo:	Red o entrecruzamiento especialmente de venas o nervios.