



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

11201

13
2 ej.

NEOPLASIAS DE GLANDULAS SALIVALES MENORES
EXPERIENCIA EN UN PERIODO DE 11 AÑOS EN
EL HOSPITAL DE ONCOLOGIA CENTRO MEDICO
NACIONAL SIGLO XXI

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I S T A E N
ANATOMIA PATOLOGICA

P R E S E N T A:

DRA. PAULINA DEL C. LEYVA BOHORQUEZ

ASESOR: DRA. ALEJANDRA MANTILLA MORALES

2650342

MEXICO, D. F.

1998

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

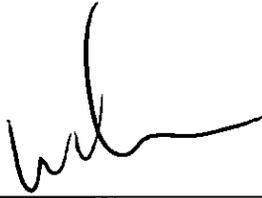
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

CON CARIÑO A:
MI MAMA Y TIAS AIDA Y OLGA

GRACIAS



DR. NIELS H. WACHER RODARTE
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA



DRA. ALEJANDRA MANTILLA MORALES
ASESOR DE TESIS



DRA. MA. DE LOURDES CABRERA MUÑOZ
ASESOR DE TESIS



DRA. MA. DE LOURDES CABRERA MUÑOZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

HOSP. DE LA UNAM
C. D. DE INVESTIGACIONES
MEXICO, D.F.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS.....	9
DISCUSION.....	14
CONCLUSIONES	15
FOTOGRAFIAS	16
BIBLIOGRAFIA.....	26

RESUMEN

Las neoplasias de las glándulas salivales menores representan el 14% de los tumores de glándulas salivales, en estas son más frecuentes las neoplasias epiteliales y de ellas las malignas representan un 80-90%, muestran una diversidad de características histológicas, localización anatómica y de comportamiento clínico. Por lo que el objetivo de este trabajo es conocer la frecuencia, características histológicas, y comportamiento clínico. Se estudiaron 34 neoplasias de glándulas salivales menores en un periodo de 11 años, de las que se excluyeron 10 por no contar con expediente clínico. La edad de presentación varió de 26 a 75 años con una media de 50 años. 17 casos corresponden a mujeres (79%), y 7 a hombres (21%); el 50% corresponde a carcinomas adenoideos quísticos (12 casos), 30% a adenomas pleomórficos (7 casos), 8% a carcinoma ex-tumor mixto (2 casos), adenocarcinoma sin patrón específico 4%, carcinoma mucoepidermoide y un caso no clasificable 18%. El 67% se presentó en el paladar, 5 casos en carrillo y 3 en mucosa oral. La correlación clínico patológica, solo se realizó en los carcinomas adenoideos quístico y en los tumores mixto benignos. En conclusión las neoplasias de glándulas salivales menores son poco frecuentes, 34 casos en un período de 11 años. Las neoplasias malignas son más frecuentes, el 68% está representado por el carcinoma adenoideo quístico, este muestra un comportamiento clínico que correlaciona con el grado histológico.

SUMMARY

The minor salivary glands neoplasms comprises 14 % of all tumours of the salivary glands, the more common is the epithelial neoplasms and of this the malignant comprise from 80 to 90%, it shows diversity in histologic appearance, anatomic location and clinical course.

In the present study our goal is to know the frequency, histologic features and clinical course of minor salivary glands.

We study 34 minor salivary glands neoplasms in a period of 11-years, in which we excluded 10, because we did not find the clinic expedient. The range age was 26 to 75 years, the median was of 50% years. 17 cases (79%) were women and (21%) were man 7 cases. The 50% correspond to adenooid cystic carcinoma (12 casos), 30% to pleomorphic adenoma (7cases), 8% carcinoma in pleomorphic adenoma (2cases), adenocarcinoma without specific pattern 4%, mucoepidermoid carcinoma and one case unclassified 18%. The 67% from palate, 5 cheek and 3 in oral mucosa. The clinico-pathological correlation only made in adenooid cystic carcinoma and in the pleomorphic adenoma. We conclude that minor salivary glands neoplasms is more are few frequent, the adenooid cystic carcinoma represents 68% it shows a course clinic which correlate with histologic grade.

INTRODUCCION

Las glándulas salivales menores, se encuentran en la submucosa de la nariz, senos paranasales, cavidad oral, faringe, laringe, y árbol tráqueobronquial. Las glándulas salivales menores son glándulas simples túbuloalveolares mucosecretoras (FOTOGRAFIA 1). En la cavidad oral, las glándulas salivales menores se distribuyen en la mucosa oral y labial, región posterolateral del paladar duro, paladar blando, úvula, amígdalas palatinas, trigono retromolar, porción anteroventral de la lengua, y piso de la boca (1). Scibba refiere que pueden encontrarse normalmente de 450 a 750 glándulas salivales menores y que el 60% de estas se encuentran en el paladar (2). Las glándulas salivales menores generalmente no tienen cápsula y están en íntimo contacto con los tejidos que las rodean (FOTOGRAFIA 2), especialmente los músculos de la lengua y labios (3).

Las neoplasias de las glándulas salivales menores representan el 14% de los tumores de glándulas salivales. La distribución de estas neoplasias en las series de Evenson (4) y Da-Quan (5) muestran localización similar, siendo en orden de frecuencia, paladar, labios, mucosa oral, lengua, faringe, amígdala, región retromolar. En general son más frecuentes en mujeres que en hombres con relación de 1.3:1, y la edad de presentación varía de los 16 años a 86 años, con una media de 63 años.

En glándulas salivales menores las neoplasias epiteliales son las más frecuentes y de ellas las malignas representan un 80-90%. En la serie de Chomette y colaboradores el 26% correspondió a carcinoma adenoideo quístico y el 21.5% a carcinomas mucoepidermoides (6).

Para las neoplasias de glándulas salivales mayores y menores, existen varias clasificaciones que se han propuesto en el afán de que cada grupo sea específico y funcional, entre ellas destaca la propuesta en 1954 por Froote y Frazell (7), en la que las clasifican en benignas y malignas. Otra clasificación posterior es la propuesta por Thackra y Lucas en 1974 la cual es una ampliación de la propuesta por la Organización Mundial de la Salud en 1972 (8). Esta última se modificó y fue publicada en 1991 por la Organización Mundial de la Salud se agregaron nuevas entidades recientemente descritas. Las características histológicas de los tumores son la base de esta clasificación (9, 10))Tabla 1.

**TABLA 1 CLASIFICACION DE TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES
OMS 1992.**

TIPO DE TUMOR

1. ADENOMAS

- 1.1 Adenoma pleomórfico
- 1.2 Mioepitelioma (adenoma mioepitelial)
- 1.3 Adenoma de células basales
- 1.4 Tumor Warthin (adenolinfoma)
- 1.5 Oncocitoma (adenoma oncocítico)
- 1.6 Adenoma canalicular
- 1.7 Adenoma sebáceo
- 1.8 Papiloma ductal
 - 1.8.1 Papiloma ductal invertido
 - 1.8.2 Papiloma intraductal
 - 1.8.3 Sialoadenoma papilífero
- 1.9 Cistadenoma
 - 1.9.1 Cistadenoma papilar
 - 1.9.2 Cistadenoma mucinoso

2. CARCINOMAS

- 2.1 Carcinoma de células acinares
- 2.2 Carcinoma mucoepidermoide
- 2.3 Carcinoma adenoideo quístico
- 2.4 Adenocarcinoma polimórfico de bajo grado
(adenocarcinoma de los conductos terminales)
- 2.5 Carcinoma epitelial-mioepitelial
- 2.6 Adenocarcinoma de células basales
- 2.7 Carcinoma sebáceo
- 2.8 Cistadenocarcinoma papilar
- 2.9 Adenocarcinoma mucinoso
- 2.10 Carcinoma oncocítico
- 2.11 Carcinoma de los conductos salivales
- 2.12 Adenocarcinoma
- 2.13 Mioepitelioma maligno (carcinoma mioepitelial)
- 2.14 Carcinoma en adenoma pleomórfico
(tumor mixto maligno)
- 2.15 Carcinoma de células escamosas

- 2.16 Carcinom de células pequeñas
- 2.17 Carcinoma indiferenciado
- 2.18 Otros carcinomas
- 3. TUMORES NO EPITELIALES
- 4. LIFOMAS MALIGNOS
- 5. TUMORES SECUNDARIOS
- 6. TUMORES NO CLASIFICABLES
- 7. LESIONES SEMEJANTES A TUMORES
 - 7.1 Sialoadenosis
 - 7.2 Oncocitosis.
 - 7.3 Sialometaplasia necrosante
(infarto de la glándula salival)
 - 7.4 Lesiones linfopiteliales benignas
 - 7.5 Quistes de glándula salival
 - 7.6 Sialoadenitis esclerosante crónica de la glándula submandibular
(Tumor de Kütner)
 - 7.7 Hiperplasia linfoide quística asociada a SIDA

A causa de su baja incidencia y numerosos subtipos, en las neoplasias malignas de las glándulas salivales menores, no es posible establecer un sistema de gradación histológica generalizado a todos los tumores, sin embargo en algunos tipos histológicos se han implementado sistemas de gradación que permiten predecir el probable comportamiento biológico de las neoplasias y ayudan a determinar el tratamiento, así Szanto y Luna (11) propusieron un sistema de gradación para el carcinoma adenoideo quístico (Tabla 2).

TABLA 2 SISTEMA DE GRADACION DEL CA ADENOIDEO QUISTICO

GRADO I (BIEN DIFERENCIADO) Compuesto por un patrón cribiforme, predominante y tubular, pero sin componente sólido.

GRADO II (MODERADAMENTE DIFERENCIADO) Compuesto por un patrón cribiforme predominante pero con menos del 30% de áreas sólidas.

GRADO III (POCO DIFERENCIADO) Compuesto por un patrón sólido predominante.

El carcinoma mucoepidermoide desde su descripción original ha sufrido múltiples modificaciones en cuanto al sistema de gradación, entre las más recientes destacan las realizadas por Spiro y col en 1978(12), Acetta y col (13), Evans y col (14), en 1984 y Nascimiento y col en 1986 (16), aunque ellos mostraron subsecuentemente que estos sistemas de gradación tiene significancia pronóstica, la mayoría de los criterios son controversiales; en un esfuerzo por identificar los criterios que influyen y definen un sistema de gradación objetivo de estas neoplasias. Auclair, Goode y Ellis(17), estudiaron 143 casos de carcinoma mucoepidermoide consideraron diferentes características histológicas, a las

cuales se les dió valor numérico, la suma de estos valores permitió establecer 3 grados diferentes (Tabla 3 y 4).

TABLA 3 DATOS HISTOLOGICOS PARA LA GRADACION DEL CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE

PARAMETROS	VALOR NUMERICO
*componente intraquistico menor del 20%	+2 puntos
* invasión neural	+2 puntos
*presencia de necrosis	+2 puntos
*mitosis (+ de 4 por 10 campos de mayor aumento)	+3 puntos
*presencia de anaplasia	+4 puntos

TABLA 4 SITEMA DE GRADACION PARA EL CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE

GRADOS	PUNTOS
BAJO GRADO	0 - 4 puntos
GRADO INTERMEDIO	5 - 6 puntos
ALTO GRADO	+ 7 puntos

En algunas neoplasias existe un único grado, pues son homogéneas en su comportamiento biológico, en estas el tipo histológico permite determinar el tratamiento y el pronóstico, ejemplos de estas son los carcinomas de células acinares, el adenocarcinoma de células basales, el adenocarcinoma polimórfico de bajo grado los cuales indican comportamiento biológico no agresivo, por otro lado los carcinomas de los conductos, el carcinoma epidermoide, y el carcinoma indiferenciado denotan comportamiento agresivo (18).

Con el propósito de formas grupos que sean comparable y así determinar el pronóstico y establecer el tratamiento se ha diseñado un sistema de estadificación que fué propuesto por la Unión Internacional Contra el Cancer (19), En este sistema se considera el tamaño del tumor primario, las metástasis a gánglios linfáticos regionales y las metástasis a distancia (Tabla 5 y 6).

TABLA 5 SISTEMA TNM PARA ESTADIFICACION DE CARCINOMAS DE GLANDULAS SALIVALES

T TUMOR PRIMARIO

- TX Tumor primario que no puede ser analizado
- T0 No hay evidencia de tumor primario
- T1 Tumor menor de 2 cm de eje mayor
- T2 Tumor de mas de 2 cm pero menor de 4 cm de eje mayor

- T3 Tumor de mas de 4 cmpero menor de 6 cm de eje mayor
 T4 Tumor de más de 6 cm de eje mayor

Todas las categorias se ubdividen: a).- sin extensión local b).- con extension local

N GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES

- NX Ganglios linfáticos regionales que no pueden ser analizados
 N0 No hay metástasis a ganglios linfáticos regionales
 N1 Metástasis en un ganglio linfático ipsilateral, menor de 3 cm de eje mayor.
 N2 Metástasis a un ganglio linfático ipsilateral, mayor de 3 cm pero no mayor de 6 cm de eje mayor, o en varios ganglios linfáticos ipsilaterales no mayores de 6 cm de eje mayor, o en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, ninguno mayor de 6 cm de eje mayor.
 N3 Metástasis a uno o más ganglios linfáticos de más de 6 cm de eje mayo

M METASTASIS A DISTANCIA

- MX Presencia de metástasis a distancia que no puede analizarse.
 M0 No hay metástasis a distancia.
 M1 Metástasis a distancia.

TABLA 6 ESTADIOS CLINICOS DE LOS CARCINOMAS DE GLANDULAS SALIVALES

ESTADIO

I	T1a		N0	M0
	T2a		N0	M0
II	T1b		N0	M0
	T2b		N0	M0
	T3a		N0	M0
III	T3b		N0	M0
	T4a		N0	M0
	Cualquier T (menos4b)		N1	M0
	IV	T4b	Cualquier N	
Calquier T			N2 N3	M0
Cualquier T		Cualquier N		M1

En forma general Spiro y col (18), en base a este sistema observaron una sobrevida a 10 años de 83%, 53%, 35% y 24% en los estadios I, II, III, y IV respectivamente. Andersen y col (20) señalan que la localización no correlaciona con el pronóstico y concluyen que los factores histológicos que correlacionan con la sobrevida son el tipo histológico y el grado, y que el estadio es el factor pronóstico clínico más impoartante. Wall y colabores, en el estudio de 22 pacientes con carcinoma adenoideo quístico, observaron que no hay

correlación entre la invasión perineural y el sitio o tamaño del tumor, sin embargo, la invasión perineural fué mucho más frecuente en tumores con extensión local y en los casos con bordes quirúrgicos positivos, y no encontraron correlación significativa entre la invasión perineural y metástasis a distancia (21).

El Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional siglo XXI es un hospital de concentración, sin embargo se desconoce la frecuencia de estos tumores y no existe un estudio que correlacione el tipo y gradación histológica del tumor con la morbilidad y supervivencia, así como se desconoce si alguno de estos parámetros histológicos pueden relacionarse con el pronóstico de los pacientes y sirvan de ayuda para determinar el tratamiento específico en esta población.

Se desconoce la prevalencia y el tipo histológico de las neoplasias de glándulas salivales menores en México. El objetivo de este trabajo es conocer la frecuencia, características histológicas, clínicas y comportamiento de las neoplasias de las glándulas salivales menores.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio de investigación es de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Se estudiaron un total de 34 neoplasias de glándulas salivales menores, de los archivos del departamento de anatomía patológica del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional siglo XXI, en el período comprendido del 1o. de enero de 1986 al 31 de diciembre de 1996.

Las laminillas de cortes histológicos teñidos con hematoxilina y eosina, se observaron al microscopio de luz habitual, en conjunto con el investigador titular utilizando un microscopio de enseñanza de 2 cabezas. Se confirmó que los casos correspondían a neoplasias de glándulas salivales menores y se clasificaron de acuerdo a la clasificación actual de la Organización Mundial de la Salud (11) y se determinó el patrón o patrones histológicos que presentaban, si existía o no invasión vascular o perineural, necrosis y el grado histológico según Szanto y Luna para el carcinoma adenoideo quístico (10) y Auclair y col para el carcinoma mucoepidermoide (16). De los expedientes clínicos se revisaron los siguientes datos: edad, sexo, localización de la neoplasia, tamaño de la neoplasia, invasión a tejidos adyacentes, metástasis, tratamiento y recurrencia, con un seguimiento de los pacientes que varió de uno a 17 años.

Para el análisis clínico patológico, los carcinomas adenoideos quísticos a su vez se dividieron en tres grupos según el grado de diferenciación histológica, bien moderadamente y poco diferenciados, que a su vez se agruparon si se encontraban libres de enfermedad al momento de la última consulta, si tenían metástasis o si se encontraban con enfermedad. Los grupos restantes de neoplasias dado el número reducido de casos, no fue necesario la subclasificación para el análisis.

RESULTADOS

Para el análisis clínico patológico se incluyeron 24 casos de los cuales el 72% (17) fueron mujeres y el 28% (7) fueron hombres TABLA 7. La edad de presentación varió de 26 a 75 años, con una media de 50 años. 12 casos corresponden a carcinoma adenoideo quístico(50%), 7 tumores mixtos benignos (30%), 2 carcinomas ex-tumor mixto (8%), un caso de adenocarcinoma sin patrón específico (4%), y un caso de carcinoma mucoepidermoide, y un caso no clasificable (8%) TABLA 8. La localización más frecuente fué paladar 16 casos (67%), cinco casos en carrillo (21%) y el 12% (3 casos) en la mucosa oral TABLA 9 Y 10.

TABLA 7 NUMERO DE CASOS POR SEXO

SEXO	No.	%
MUJERES	17	72
HOMBRES	7	28
TOTAL	24	100

TABLA 8 TIPOS HISTOLOGICOS DE GLANDULAS SALIVALES MENORES

TIPO HISTOLOGICO	No.	%
CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO	12	50
TUMOR MIXTO BENIGNO	7	30
CARCINOMA EX-TUMOR MIXTO	2	8
ADENOCARCINOMA SIN PATRON ESPECIFICO	1	4
OTROS	2	8
TOTAL	24	100

**TABLA DE LOCALIZACION DE LOS TUMORES DE GLANDULA SALIVAL
MENOR**

LOCALIZACION	No.	%
PALADAR	16	67
CARRILLO	5	21
MUCOSA ORAL	3	12
TOTAL	24	100

TABLA 10 TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES MENORES

SEXO	EDAD	TIPO HISTOLOGICO	LOCALIZACION
HOMBRE	62	ADENOIDEO QUISTICO	PISO DE BOCA
MUJER	26	ADENOIDEO QUISTICO	CARRILLO
MUJER	75	ADENOIDEO QUISTICO	PALADAR
HOMBRE	6	ADENOIDEO QUISTICO	PALADAR
MUJER	48	ADENOIDEO QUISTICO	PALADAR
MUJER	55	ADENOIDEO QUISTICO	PALADAR
MUJER	38	ADENOIDEO QUISTICO	PALADAR
MUJER	43	ADENOIDEO QUISTICO	CARRILLO
HOMBRE	56	ADENOIDEO QUISTICO	PALADAR
MUJER	36	ADENOIDEO QUISTICO	PALADAR
MUJER	53	ADENOIDEO QUISTICO	PALADAR
MUJER	37	ADENOIDEO QUISTICO	PALADAR
MUJER	52	TUMOR MIXTO BENIGNO	CARRILLO
MUJER	57	TUMOR MIXTO BENIGNO	PALADAR
MUJER	61	TUMOR MIXTO BENIGNO	PALADAR
MUJER	30	TUMOR MIXTO BENIGNO	PALADAR
MUJER	35	TUMOR MIXTO BENIGNO	PALADAR
HOMBRE	34	TUMOR MIXTO BENIGNO	MEJILLA
HOMBRE	65	TUMOR MIXTO BENIGNO	PALADAR
MUJER	56	ADENOCARSINOMA SPE	CARRILLO
MUJER	58	ADENOCARSINOMA SPE	PALADAR
HOMBRE	37	MUCOEPIDERMIOIDE	CARRILLO
MUJER	60	CexTM	CARRILLO
HOMBRE	64	CexTM	PALADAR
MUJER	42	NO CLASIFICABLE	PALADAR

CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO

Se clasificaron 8 casos como bien diferenciados (FOTOGRAFIA 3 Y 4), de los cuales dos se encontraban libres de enfermedad en la última consulta, ambos recibieron tratamiento quirúrgico de la lesión primaria y uno de ellos también recibió radioterapia por persistencia del tumor después de la cirugía; el tratamiento para la recurrencia fue el mismo para cada caso. El tiempo de presentación de la recurrencia apartir del diagnóstico fue de 3 y 10 años respectivamente.

Cuatro pacientes desarrollaron metástasis, de un paciente no fué posible obtener los datos del tratamiento inicial ya que en el hospital solo se estudio la recurrencia. Los otros tres pacientes recibieron tratamiento quirúrgico inicial y dos también recibieron radioterapia por límites positivos en la cirugía e infiltración a tejidos adyacentes (FOTOGRAFIA 5); el tratamiento para la recurrencia en cada paciente fué quirúrgico, radioterapia y quirúrgico con quimioterapia y posteriormente radioterapia, respectivamente; solo uno de ellos recibió radioterapia como tratamiento para las metástasis. Todos presentaron metástasis a pulmón. El tiempo en que se presentaron las recurrencias y/o las metástasis varió de 1 a 8 años.

Dos pacientes se encontraron con presencia de enfermedad sin metástasis, ambos recibieron tratamiento quirúrgico del tumor inicial y uno de ellos también el tratamiento fué quirúrgico en la recurrencia. En estos casos el tiempo de presentación de las recurrencias varió de 4 a 15 años (Tabla 11).

TABLA 11 CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS DEL CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO BIEN DIFERENCIADO

CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO BIEN DIFERENCIADO

	INVASION VASCULAR	INVASION PERINEURAL	NECROSIS
SIN ENFERMEDAD	-	-	-
CON METASTASIS	-	-	1
SIN ENFERMEDAD	1	2	-

Solo un caso fué moderadamente diferenciado, el tratamiento inicial fue quirurgico y radioterapia y tratamiento quirurgico en la recidiva, la cual se presentó a los dos años a 6 años de seguimiento se encuentra libre de enfermedad. Tres casos fueron poco diferenciados (FOTOGRAFIA 6), los tres se presentaron en el paladar, dos de ellos presentaban necrosis (FOTOGRAFIA 7); en todos el tratamiento inicial fué quirurgico y radioterapia, uno con actividad tumoral posterior a estos tratamientos; al momento del diagnóstico dos de ellos tenían metástasis uno a pulmón y el otro a fémur y a un ganglio linfático regional, a dos años del diagnóstico se consideraron fuera de tratamiento oncologico.

TUMOR MIXTO BENIGNO

Siete casos se clasificaron como tumor mixto benigno, la edad de los pacientes, varió 52 a 65 años, se presentó con mayor frecuencia en las mujeres (5 casos); el paladar fué la localización más frecuente, (5 casos), la infiltración a los tejidos adyacentes fué difusa en dos casos y uno solo infiltraba la cápsula focalmente. El tamaño del tumor fué de 0.7 a 6 cm de eje mayor. El tratamiento fué quirurgico en todos los casos y uno de los que mostró infiltración difusa también recibió radioterapia. En el seguimiento, todos los pacientes se encontraron vivos sin enfermedad en un promedio de 4 años.

CARCINOMA EX-TUMOR MIXTO

Dos casos se clasificaron como carcinoma ex-tumor mixto, un hombre y una mujer de 60 y 64 años respectivamente, localizados en paladar y carrillo. En ambos el tratamiento inicial fué quirurgico y radioterapia en el último. Mostraron infiltración difusa a los tejidos adyacentes, histologicamente, ambos mostraron necrosis, y el componente maligno en ambos fué carcinoma poco diferenciado sin patrón específico FOTOGRAFIA 8. El primero al año del diagnóstico se encontró libre de enfermedad, y el que recibió radioterapia, a 5 años del diagnóstico se encuentra libre de enfermedad.

ADENOCARCINOMA SIN PATRON ESPECIFICO

Corresponde a una mujer de 56 años de edad con lesión de crecimiento lento de 2 meses de evolución, a la exploración física se encontro carrillo, izquierda, toda la mucosa con crecimiento exofítico, multilobulado, amarillo, verde con áreas de hemorragia, de 3 cm de eje mayor, la paciente al momento del diagnóstico se encontró con metástasis bilaterales en pulmones, húmero izquierdo con fractura.

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

Este caso correspondió a un hombre de 37 años con tumor en carrillo derecho de 3 cm de eje mayor, con infiltración difusa a tejidos blandos, se le realizó resección quirúrgica y por la extensión del tumor recibió tratamiento con radioterapia. Histológicamente de bajo grado según la clasificación de Auclar y col FOTOGRAFIA 9 Y 10. A tres años del diagnóstico se encuentra vivo libre de enfermedad.

NEOPLASIA NO CLASIFICABLE

Corresponde a una mujer de 42 años de edad, que presentó una lesión en la parte posterior del paladar del lado derecho, e infiltración difusa a tejidos blandos, por lo que se le realizó biopsia insisional, y posteriormente recibió radioterapia paliativa, cuatro años después presentó metástasis pulmonares y actividad tumoral locorregional, por lo que se consideró fuera de tratamiento. Histológicamente la lesión estaba constituida por la presencia de formaciones tubulares de diferentes tamaños, compuestos por células cúbicas, con citoplasma de claro a eosinófilo y con atipia celular.

DISCUSION

Las neoplasias más frecuentes de las glándulas salivales menores, son malignas, según señalan, Da -Quan y Guang (5), y Andersen y col, (22), un 70% y 80% respectivamente de sus series.

En el hospital de Oncología del Centro Medico Nacional Siglo XXI, las neoplasias de glándulas salivales menores es baja, aun cuando se trata de un hospital de concentración. Son más frecuentes en la vida adulta entre la cuarta y quinta década de la vida, predomina en mujeres en una relación de 1.5:1. En orden de frecuencia se presentan en paladar, carrillo y piso de la boca. La neoplasias malignas son más frecuentes y de ellas el carcinoma adenoideo quístico representa el 68% .

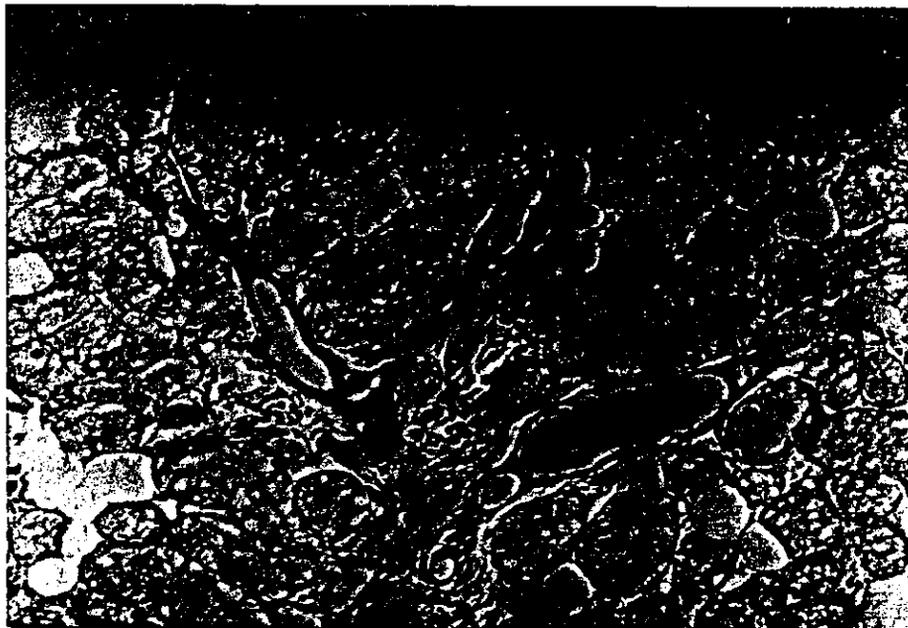
Como en la serie de Szanto (11) y Chomette (6) el carcinoma adenoideo quístico representa la neoplasia más común, (60% y 70%) la cual al momento del diagnóstico ha infiltrado, la clasificación histologica según el grado de diferenciación, nos muestra que las neoplasias poco diferenciadas presentan de dos a tres recurrencias y que las metástasis se presentan en períodos más cortos, que en los bien y moderadamente diferenciados, nuestros resultados correlacionan con los reportes de Szanto y col (11), en su trabajo donde describe las características histologicas de cada grado. En cuanto al sitio de metástasis son más frecuentes en pulmón, y hueso. En nuestros casos no documentamos la muerte por enfermedad, en un seguimiento promedio de 3 años, mientras que en la serie Szanto y col, ocurrió entre los cuatro años apartir del diagnóstico.

El tumor mixto benigno ocupa el segundo lugar en frecuencia, es más frecuente en mujeres 60% y más frecuente entre la 6a y 7a década de la vida 80%. Cuatro de cinco casos se presentaron en el paladar, su tamaño varia de 0.7 a 5 cm de eje mayor, con resecciones quirurgicas amplias no muestran recurrencias en un período promedio de 3 años.

En otras neoplasias que se presentaron con menor frecuencia tales como el carcinoma mucoepidermoide, adenocarcinoma sin patron específico, el carcinoma ex-tumor mixto y otro no clasificable, no es posible realizar una correlación clinico patológica, sin embargo, con un comportamiento maligno, no se documentó la muerte por la enfermedad en ninguno de estos pacientes.

CONCLUSIONES

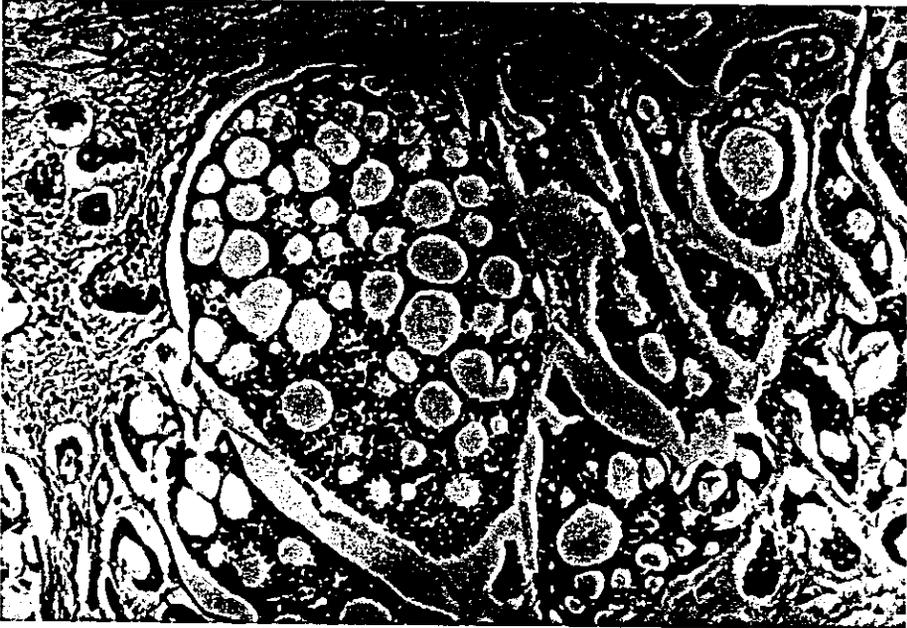
En el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, las neoplasias de glándulas salivales menores son poco frecuentes, 34 casos en un período de 11 años. La neoplasias malignas son más frecuentes, el 68% representado por el carcinoma adenoideo quístico, estos muestran un comportamiento clínico que correlaciona con el grado histológico. Las neoplasias menos frecuentes como el carcinoma mucoepidermoide, el carcinoma ex-tumor mixto y el adenocarcinoma sin patrón específico, determinan por sí mismas un comportamiento maligno, dado el número reducido de nuestros casos no es posible hacer una correlación clínico patológica.



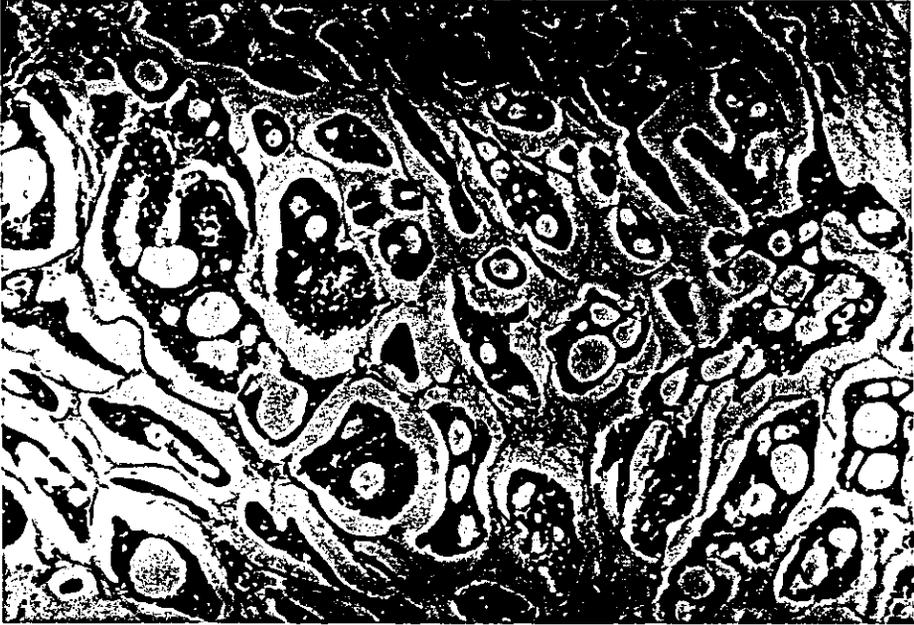
FOTOGRAFIA 1 . GLÁNDULA SALIVAL MENOR MUCOSA, TUBULOALVEOLAR.



FOTOGRAFIA 2. GLANDULAS SALIVALES MENORES, SE OBSERVAN RODEADAS DE TEJIDOS ADYACENTES



FOTOGRAFIA 3. CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO BIEN DIFERENCIADO CON PATRON CRIBIFORME



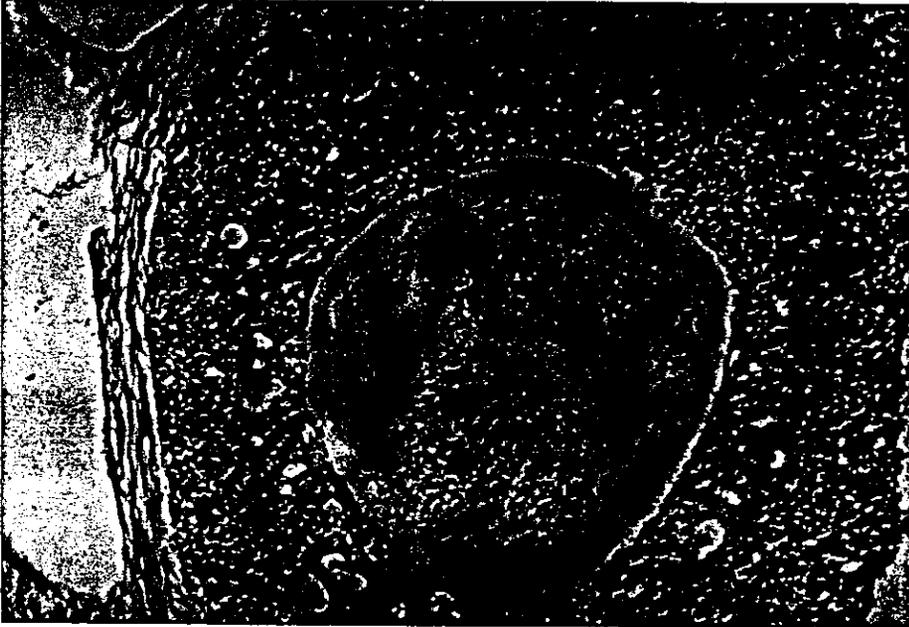
FOTOGRAFIA 4. CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO BIEN DIFERENCIADO CON PATRON TUBULAR



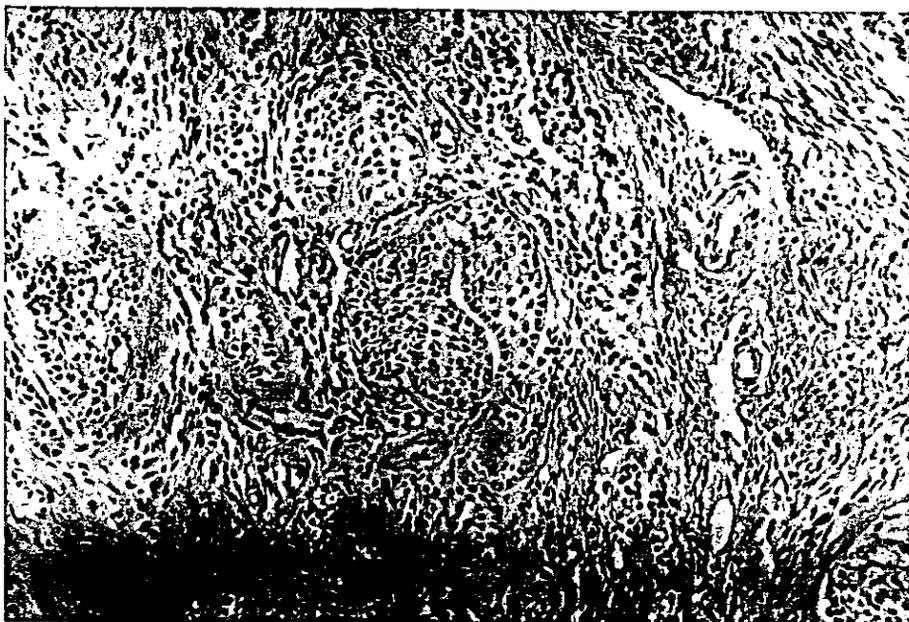
FOTOGRAFIA 5. CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO QUE INFILTRA HUESO



FOTOGRAFIA 6. CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO POCO DIFERENCIADO CONSTITUIDO POR AREAS SOLIDAS



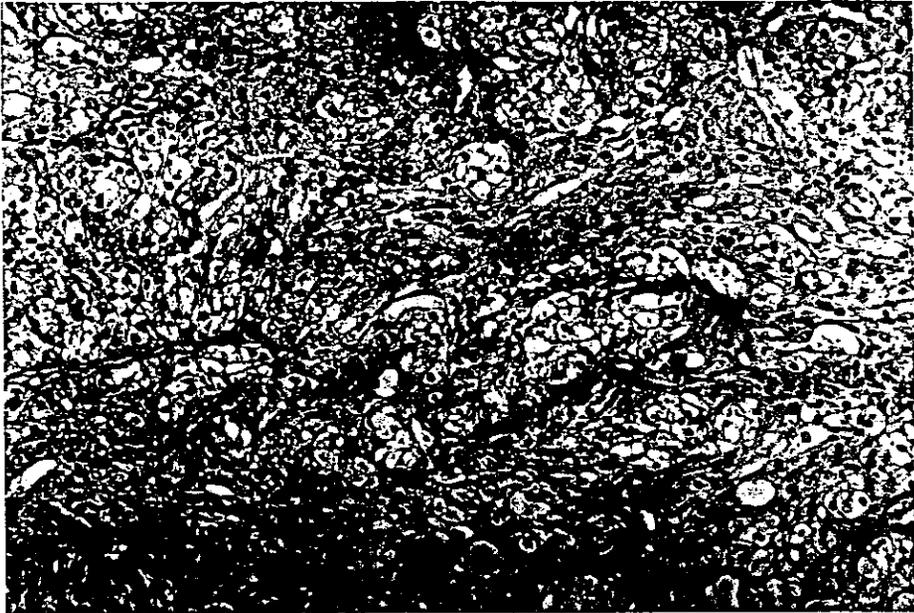
FOTOGRAFIA 7. CARCINOMA ADENOIDEO QUISTICO CON NECROSIS TIPO COMEDO



FOTOGRAFIA 8. CARCINOMA EX-TUMOR MIXTO



FOTOGRAFIA 9 CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE BAJO GRADO CELULAS MUCOSECRETORAS, EPIDERMÓIDES Y CLARAS



FOTOGRAFIA 10 CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE, CELULAS CLARAS E INTERMEDIAS

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Attie JN, Sciubba. **Tumors of major and minor salivary glands clinical and pathologic features.** *Curr Probl Surg* 1981; 18:65-155.
- 2.- Sternberg S. **Histology For Pathologists.** Raven Press. New York, 1992.
- 3.- Ellis GL, Auclair PL. **Tumors of the salivary glands, third Series, Fascicle 17.** Atlas of Tumor Pathology. Washington C: Armed Forces Institute of Pathology, 1996.
- 4.- Evenson and Cawson. **Salivary gland tumores. A review of 2410 cases with particular reference to histological types, site, age and sex distribution.** *J of Pathol* 1985;146:51-58.
- 5.- Quan D and Guang Y. **Tumours of the minor salivary Glands.** *Acta Otolaryngol* 1987;103:325-331.
- 6.- Chomette, Auril, et al. **Adenoid Cystic Carcinoma of Minor Salivary Glands.** *Virchows Archiv A* 1982;289:301.
- 7.- Foote FW Jr and Fazell EL. **Tumor of the major salivary glands. 1st Series, Fascicle 11.** Atlas of Tumor Pathology. Washington, D.C.: Armed Forces Institute of Pathology, 1954.
- 8.- Thackaray AC and Lucas RB. **Tumors of the salivary glands. Atlas of Tumor Pathology, 2nd Series, Fascicle 10.** Washington, D.C.: Armed Forces Institute of Pathology, 1974.
- 9.- Seifert G and Leslie HS. **The World Health Organization's Histological Classification of Salivary Gland Tumors.** *Cancer* 1992;70:379-385.
- 10.- Simpson RHW. **Classification of tumours of the salivary glands.** *Histopathology* 1994; 24:187-191.
- 11.- Szanto, Luna, et al. **Histologic Grading of Adenoid Cystic Carcinoma of the Salivary Glands.** *Cancer* 1984;54:1062-1069.
- 12.- Spiro RH, Huvos AG, Berk R, Stron EW. **Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin: A clinicopathologic study of 367 cases.** *Am J Surg* 1978; 136:461-468.
- 13.- Acetta PA, Gary GF, et al. **Mucoepidermoid carcinoma of salivary glands.** *Arch Pathol Lab Med* 1984; 108:321-325.
- 14.- Evans HL. **Mucoepidermoid carcinoma of salivary A study 69 casos with special attention to histologic grading.** *Am J Clin Pathol* 1984; 81:696-701.
- 15.- Nascimento AG, Amaral AL, et al. **Mucoepidermoid carcinoma of salivary glands: A Clinico-pathologic study of 46 casos.** 1986; *Head Neck Surg* 1986; 8:409-417.
- 16.- Auclair, Goode and Ellis. **Mucoepidermoid Carcinoma of intraoral Salivary Glands.** *Cancer* 1992;69:2021-2031.
- 17.- Ellis GL, Auclair PL. **Tumors of the salivary glands, third Series, Fascicle 17.** Atlas of Tumor Pathology. Washington C: Armed Forces Institute of Pathology, 1996.
- 18.- Levitt, McHugh, et al. **Clinical staging system for cancer of the salivary gland: A Study Respective Study.** *Cancer* 1981;47:2712-2725.
- 19.- Spiro, Tjaler, et al. **The importance of Clinical Staging of minor Salivary Gland Carcinoma.** *Am J of Surg* 1991;162:330-336.

- 20.- Hickman, Cawson and Duffy. The Prognosis of Specific Types of Salivary Glands Tumors. Cancer 1984;54:1620-1624.
- 21.- Auclair, et al. Mucoepidermoid Carcinoma of Intraoral Salivary Glands. Cancer 1992; 69:2021-2030
- 22.- Andersen LJ, et al. Malignant Epithelial Tumors in the Minor Salivary Glands, the Submandibular Gland, and the Sublingual Gland. Prognostic Factors and Treatment Results. Cancer 1991; 68:2431-2437.

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