



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRATAMIENTO DEL ADENOMA PLEOMORFO,
PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

JESÚS ELENA MONTERROSAS ROJAS

TUTORA: C.D.MARÍA EUGENIA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ.
ASESOR: Esp. FERNANDO TENORIO ROCHA.



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.



*SON MUCHAS LAS PERSONAS A LAS QUE QUIERO
AGRADECER Y BRINDAR ESTE LOGRO, POR SU GRAN
AMISTAD, APOYO, CONSEJOS Y COMPAÑÍA EN LAS
DIFERENTES ETAPAS DE MI VIDA.*

A Dios todopoderoso, a la Virgen de Guadalupe y a San Juditas Tadeo, fuente de inspiración en mis momentos de angustias, esmero, dedicación, aciertos y reveses, alegrías y tristezas que caracterizaron el transitar por este camino que hoy veo realizado, sin cuyo empuje no hubiese sido posible llegar hasta aquí.

Le agradezco a Dios por darme la oportunidad de vivir y regalarme una familia maravillosa.

Con mucho cariño principal mente a mis padres que me dieron la vida y que han estado conmigo en todo momento. Gracias por todo papá y mamá por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí y aunque hemos pasado por momentos muy difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor y gracias a eso lo hemos superado. Los quiero con todo mi corazón y este trabajo es para ustedes en agradecimiento a todos sus esfuerzos y privaciones que tuvieron para darme lo mejor a mí y a mis hermanos.



Mami

Quiero agradecerte que estés en mi vida. Sé que puedo contar contigo en momentos difíciles, sé que contigo puedo compartir mis alegrías, y sé que nuestra amistad se sustenta en mutuo amor.

Gracia por enseñarme a luchar contra todo y contra todos para alcanzar mis objetivos, que seas mi MAMÁ y mi AMIGA es el más preciado tesoro, que agradeceré a DIOS eternamente.

Gracias por ser una gran mujer tan trabajadora y tan especial, gracias por llenar mi vida con tanta felicidad, la quiero con todo mi corazón.

Papá

Gracias por ser un gran hombre, siempre tan precavido, gracias por guiar mi camino, por todo su apoyo, y consejos gracias por que me alentó a seguir adelante, en los momentos mas difíciles, anhelando que siempre me preparara para enfrentarme a la vida, hoy se ven culminados nuestros esfuerzos y mis deseos, iniciándose así una etapa de mi vida en la que siempre estará presente, en mi corazón; gracias por todo su cariño, esfuerzo, amor y confianza.



A mis hermanas

Pilares fundamentales en mi vida, dignos de ejemplo de trabajo y constancia, quienes han brindado todo el apoyo necesario para alcanzar mis metas y sueños, y han estado allí cada día de mi vida, compartiendo los buenos y los malos ratos desde el día en que nací. . . .

Ángeles gracias por compartir toda tu sabiduría, gracias por ser mi ejemplo a seguir, por ser tan dura y a la vez tan tierna, gracias por todo lo que me has enseñado, gracias por dejarme ser parte de tu vida. gracias por enseñarme a ser una mejor persona , ser responsable de mis actos y crecer como profesional.

Ely te agradezco por hacerme parte de tus logros y proyectos, gracias por brindarme toda tu amistad y confianza; gracias por enseñarme a andar por la vida sin temor a ser sorprendida, gracias por enseñarme a salir adelante.

Las quiero mucho y gracias por todos los momentos felices, por que gracias a ustedes he aprendido tantas cosas, gracias por ser así y sin ustedes yo no seria la persona que hoy soy.



A mis hermanos

Siempre tengan en cuenta que todo lo que nos proponamos en la vida lo podemos lograr si trabajamos fuerte y continuamente con rectitud, sigan adelante y para que mis éxitos de hoy sean los suyos mañana y siempre.

***Martín** que a pesar de ser un niño tan serio eres un amor, gracias por soportarme con mi mal humor, gracias por todo tu apoyo moral, tu cariño y comprensión.*

***Raunel** causa de tantos enojos y alegrías con tu gran inocencia borras cada gesto de mal humor que pueda surgir, gracias por hacerme tan feliz, eres tan alegre y sincero que me alegras cada día.*

Gracias por ser dos grandes angelitos en mi vida y en mi corazón.

A Gaby

Gracias por tu apoyo, por tu comprensión por tus porras y ánimos gracias por alentarme a continuar a salir adelante en la licenciatura, hoy también formas parte de este logro, gracias por ser mi brazo fuerte en todos mis malos y buenos momentos, gracias por estar al pendiente de mi y preocuparte por mi bienestar, gracias por ser como mi ángel de la guarda.



A mis amigos

Atenas, Adri, Susi, Fran, Viri, Hugo, Moly, Richar, Isa, Lili, Dr. Trinidad gracias por brindarme su amistad, apoyo, y preocupación para alentarme a seguir adelante y culminar esta gran etapa de mi vida.

A la Esp. Luz del Carmen González García y A la C.D. Maria Eugenia Rodríguez Sánchez

Por compartir su sabiduría, por dedicarme el tiempo suficiente para corregir mis errores, por resolver en todo momento mis dudas e inquietudes

Gracias por ser una parte especial en esta etapa de mi vida y ayudarme a realizar este sueño tan anhelado.



Al amor de mi vida

HUGUITO

Muchas gracias por tu comprensión, por tu apoyo, por tu gran amor y por tu ayuda incondicional que siempre me ofreces, por compartir conmigo todos y cada uno de los momentos buenos y a veces malos, que son parte de la vida pero que al vivirlos juntos nos permite que nos conozcamos y unamos cada día mas.

El poder compartir nuestras vidas nos a enseñado a valorarnos el uno al otro, a conocernos y a valorarnos uno al otro, a conocernos y a motivarnos

Gracias por ayudarme a alcanzar mis metas, mis sueños, y mis ilusiones.

Eres y serás siempre para mi muy importante, ya que el haberte conocido provoco en mi un cambio muy especial que te agradezco con todo mi cariño. TE AMO



ÍNDICE

INTRODUCCION	11
1.- DEFINICIÓN DE ADENOMA PLEOMORFO	12
2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS	13
2.1 Definición de glándulas salivales.....	15
2.2 Embriología.....	16
2.3 Histología.....	19
2.4 Estructura de glándulas salivales.....	20
2.4.1 Glándula parótida.....	21
2.4.2 Glándula submandibular.....	24
2.4.3 Glándula sublingual.....	25
3.- NEOPLASIAS DE GLÁNDULAS SALIVALES	
3.1 Generalidades.....	26
3.2 Clasificación.....	27
3.3 Etiología.....	32
3.4 Diagnóstico.....	33



3.5 Localización.....	34
3.6 Epidemiología.....	34
4.- ADENOMA PLEOMORFO.....	36
4.1 Definición.....	37
4.2 Antecedentes históricos.....	37
4.3 Histogénesis.....	40
4.4 Sinonimia.....	42
4.5 Epidemiología.....	44
4.6 Etiología.....	44
4.7 Características clínicas.....	45
4.8 Imagenología.....	53
4.9 CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS.....	57



4.10 OTROS ESTUDIOS

4.10.1 Genéticos.....	60
-----------------------	----

5.-TRATAMIENTO.....	61
----------------------------	-----------

6.- PRONÓSTICO

6.1 Posibilidad de recidiva.....	65
----------------------------------	----

6.2 Posibilidad de malignización.....	67
---------------------------------------	----

7.- REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.....	69
--------------------------------------------	-----------

CONCLUSIONES.....	74
--------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
----------------------------------------	-----------



INTRODUCCIÓN

Los tumores de glándulas salivales representan solo el 3% de las neoplasias del organismo y el 1% son los que se hallan en cabeza y cuello este tipo de neoplasias pueden ser tanto benignas como malignas.

Los tumores pueden desarrollarse en cualquiera de las glándulas salivales; así como también pueden surgir a cualquier etapa de la vida, siendo con menor frecuencia en niños.

Existe una gran clasificación de neoplasias de glándulas salivales, la cual incluye los tumores benignos entre ellos el Adenoma Pleomorfo que representa entre el 80 y 90% de las neoplasias benignas.

El adenoma pleomorfo (tumor mixto) es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales mayores, fundamentalmente glándula parótida, si bien se origina también en las glándulas salivales menores de la cavidad oral.

Los signos y síntomas que sugieren la existencia de un adenoma pleomorfo (AP) son inespecíficos.

Las manifestaciones clínicas varían dependiendo de las glándulas involucradas, así como también con el grado de afectación, tamaño, tiempo de evolución y tasa de crecimiento.

Es de gran utilidad que el odontólogo realice el examen clínico de los tejidos que forman la cavidad bucal en forma cuidadosa, sistemática y exhaustiva, pues existe la posibilidad de diagnosticarlo en forma temprana. La localización y tamaño de la neoplasia influyen para que los adenomas pleomorfos sean de difícil o fácil localización, indudablemente a la palpación se identifica un aumento de volumen en la cavidad bucal.



Por lo general es un tumor único, de límites bien definidos, encapsulado, a la palpación es de consistencia firme, y frecuentemente es multilobulado aunque existen una que otra variante.

El examen bucal debe de ser minucioso y deberá incluir la palpación, todos los tejidos que forman la cavidad bucal, incluyendo las glándulas salivales mayores, para descubrir nódulos sub- mucosos e intraglandulares no visibles a la inspección.

DEFINICIÓN DE ADENOMA PLEOMORFO

El adenoma pleomorfo se puede definir como una neoplasia benigna de glándulas salivales de origen epitelial que se acompaña de otras estructuras titulares. Es la neoplasia mas frecuente de las glándulas salivales tanto mayores como menores.¹

Aunque el adenoma pleomorfo es una neoplasia benigna, generalmente su cápsula es incompleta y tiende a reincidir después de una resección quirúrgica incompleta.²



2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

- Rivinus, August Quirinus (1652-1723) Anatomista alemán quien descubrió los conductos secretores de las glándulas salivales que llevan su nombre.³
- Descubrimiento de la glándula parótida: La caótica situación de Copenhague impidió a Zenón obtener un título, por lo que en 1659 consiguió ayuda económica y una carta de recomendación de Thomas Bartoleen, partiendo hacia el norte de Alemania y Holanda, donde durante varios meses se dedicó a visitar a distintos científicos, hasta recalar en Ámsterdam donde se hospedó durante tres meses en casa de Gerard Blaes, médico de la ciudad, profesor de anatomía y amigo de Bartholin. Una tarde Stenon compró una cabeza de cordero y la llevó al laboratorio de Blaes para intentar disecar el cerebro. Primero se dedicó a investigar los vasos, introduciendo una sonda a través de ellos. De improviso notó que la punta de la sonda se movía libremente en una cavidad y tintineaba contra los dientes. Sorprendido, avisó a Blaes, quien no dio importancia al hallazgo, atribuyéndolo a una falsa vía. Stenon buscó referencias en los libros de Blaes, no encontrando ninguna mención a ese fino conducto. Unos días después Stenon se trasladó a la Universidad de Leiden para continuar sus estudios. Allí repitió la disección, enseñando el conducto a sus profesores, quienes confirmaron que se trataba de un hallazgo nuevo. Hasta ese momento la función de la glándula parótida era desconocida. La Universidad hizo una presentación pública del descubrimiento, llamando al conducto Ductus Stenonianus.



En Ámsterdam, Blaes acusó a Stenon de haberle robado el hallazgo, y lanzó una campaña contra él, que se escuchó en Italia. En otro momento de su vida, Stenon habría evitado cualquier disputa de este tipo, pero en esta ocasión decidió luchar por su prestigio. Por suerte para él, Blaes realizó una publicación de su hallazgo llena de inexactitudes anatómicas que Stenon pudo desenmascarar en la mesa de disección.

Con el fin de zanjar el asunto, durante el año siguiente Stenon se dedicó a la investigación anatómica hasta redactar un manuscrito que describía en detalle todas las glándulas de la cabeza, haciendo, por ejemplo, por primera vez la descripción completa del aparato lagrimal. Esenciales son sus trabajos sobre los músculos: función de los intercostales (levatores costarum), condición muscular de la lengua y del corazón (corvero musculus est), estructura fibrilar de las masas musculares, etc.⁴



2.1 Definición de las glándulas salivales

Las glándulas salivales son órganos exocrinos responsables de la producción y secreción de la saliva.⁵

Las glándulas salivales mayores se forman por tres tipos de glándulas, la Parótida, la Submandibular y la Sublingual⁶, y las glándulas menores son numerosas y están ampliamente distribuidas en toda la boca con conductos cortos generalmente acinosos - tubulares ramificados, y se ubican en la mucosa o submucosa de los labios, el paladar, la lengua y el vestíbulo de la boca. A la secreción combinada de todas estas glándulas se le llama saliva.⁷

Las glándulas salivales por su estructura pueden ser serosas, mucosas o mixtas, las parótidas son llamadas glándulas serosas, las glándulas submandibulares y sublingual son mixtas pero de predominio mucoso; en cambio, las glándulas accesorias son exclusivamente mucosas.⁸

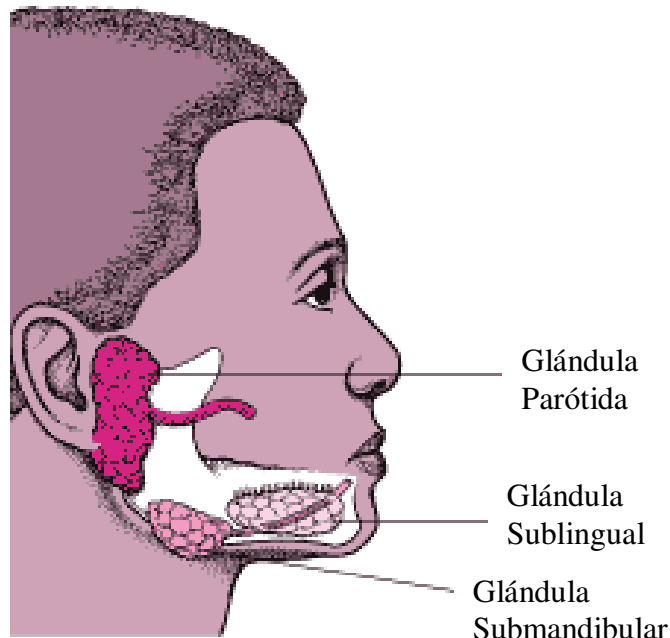


Fig.1 Esquema de las glándulas salivales mayores.⁹



2.2 Embriología

Histológicamente todas las glándulas salivales tanto mayores como menores se desarrollan de un modo similar, como un discreto engrosamiento de epitelio del estomodeo. Sin embargo hay diferencia en cuanto al punto de origen pues en la parótida se cree que es del ectodermo oral mientras que las glándulas submandibular y sublingual se desarrollan a expensas del endodermo.

Luego estas células epiteliales crecen formando cordones sólidos que se introducen en el mesenquima subyacente terminando en unos bulbos de 10 - 12 células de espesor. Diversos trabajos demuestran que la interacción epitelio-mesenquimal y varias moléculas de matriz extracelular como Colágeno tipo I, III y IV, lamininas, proteoglicanos como el condroitin sulfato, juegan un rol fundamental en la inducción, control y mantenimiento de la morfogénesis y cito diferenciación.

Posteriormente estos cordones van ramificándose permaneciendo siempre conectados con su punto de origen, constituyendo un arbolillo epitelial macizo, a su vez coincidiendo con estos cambios epiteliales, el mesénquima subyacente sufre condensación celular alrededor de estas ramificaciones.

La glándula parótida es la primera en aparecer, se observa en embriones entre 8 y 12mm como un surco que se proyecta dorsalmente entre los procesos maxilar y mandibular del primer arco branquial y más tarde continúa su crecimiento manteniendo una conexión con la cavidad bucal a nivel de la mucosa.



El primordio de la glándula submandibular se aprecia en embriones de 13mm y el de la sublingual de 20mm, las glándulas menores se desarrollan en el 3er mes de gestación.

Estos cordones con el tiempo sufren un proceso de ahuecamiento originando el sistema de conductos ramificados de la glándula, así los segmentos terminales que en principio no son más que abultamientos macizos del arbolillo de dos a tres capas de células, se diferencian formando genuinas unidades de secreción los acinos. Las células próximas a la luz de estos segmentos se diferencian en células acinares o tubuloacinares, mientras que la capa de células periféricas se transforma en células mioepiteliales.

Al mismo tiempo el mesénquima circundante madura y constituye el estroma conectivo incluyendo vasos y nervios, determinando la existencia de lóbulos y lobulillos.

El esbozo parotídeo es el primero en aparecer, sin embargo son las glándulas submandibulares y sublinguales las que primero alcanzan una organización lóbulo-lobulillar como órganos bien diferenciados de estructuras vecinas.

La glándula parótida presenta en su maduración algunas peculiaridades y relaciones anatómicas que merecen la pena individualizar debido a la importancia que ello reviste para este trabajo. Así las parótidas permanecen hasta fases avanzadas del desarrollo fetal rodeadas de mesénquima más o menos diferenciado.



En ocasiones es posible visualizar el componente epitelial parotídeo ramificarse libremente a distancia de la cavidad bucal, siendo ésta la explicación de la frecuente aparición de ectopias parotídeas, así como su asociación con tejido linfoide bien por nódulos linfáticos intraparotídeos como inclusiones parotídeas en ganglios linfáticos regionales, incluso, procesos tumorales salivar-linfoide asociados como los cistoadenolinfomas, mucho más frecuente a nivel parotídeo que en el resto de las glándulas.

Ejemplo de ello son las relaciones con el nervio facial y el primordio parotídeo. En la fase temprana del embrión de 31 mm el nervio se sitúa completamente medial con relación al primordio, pero luego con posterioridad, éste es rodeado por proyecciones mediales superficiales del primordio que engloban todas sus ramas así como a la vena retromandibular y arteria carótida externa, hasta adquirir una situación medial respecto a estas estructuras.

Más tarde en fetos de 270 mm la parótida adquiere su aspecto madurativo terminal con un nervio facial completamente rodeado.¹⁰

La glándula submandibular aparece al final de la sexta semana, también como una pequeña invaginación del ectodermo, en el piso de la boca, subyacente al tabique lingual, y también crece rápidamente en dirección dorso caudal hasta la vecindad del hueso hioideo.

La glándula sublingual está formada por un conjunto de pequeñas glándulas que se originan, independientemente unas de otras, como pequeñas increscencias del ectodermo, cerca de la raíz de la lengua, y a pesar de unirse entre sí no se fusionan sus porciones funcionales (aun en el adulto conservan dicha independencia. Y se ve como persisten los conductos excretores originales).¹¹



2.3 Histología

Histológicamente se distinguen dos tipos de células, las mucosas con gránulos de mucinógeno y las serosas, con gránulos de cimógeno. Las parótidas son llamadas glándulas serosas por contener en sus ácidos exclusivamente células de este tipo. Las submaxilares y sublinguales son llamadas mixtas por contener ambas.

La presencia de células mucosas está ligada a la secreción de mucina en la saliva y a una mayor viscosidad de la misma. La de células serosas a una saliva más fluida y más rica en pialina.

Los conductos colectores y excretorios tienen un papel tan importante en la secreción salival que podrían ser llamados, con mas propiedad, túbulos.

Anatómica e histológicamente presentan diferencias topográficas y pueden clasificarse, de acuerdo a su ubicación sucesiva desde el ácido a la desembocadura en la boca, en: (a) intercalares, (b) interlobulillares, (c) excretorios, y (d) principales. Sus epitelios van cambiando desde el cúbico simple al escamoso estratificado.¹²

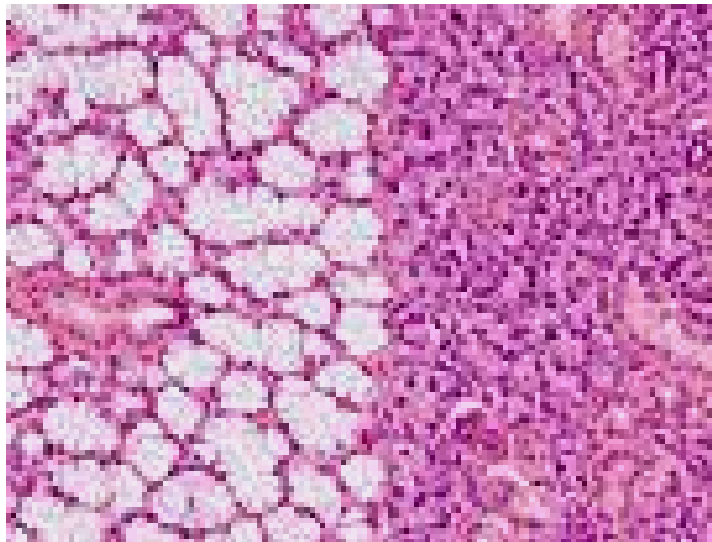


Fig.2 Esquema del epitelio que cambian del cúbico simple al escamosoestratificado.¹³



2.4 Estructura de glándulas salivales.

Nombre	Características	Ubicación	Relación	Conducto
Glándula parótida	Es la de mayor tamaño en relación a la submandibular y la sublingual. Túbulo alveolar, de tipo seroso Estructura amarillenta Tiene forma de pirámide invertida.	Se encuentra por debajo y delante del conducto auditivo exterior, por delante de la apófisis mastoides y por atrás de la rama ascendente de la mandíbula.	Nervio facial. Venas temporales superficiales. Arteria parótida.	Conducto parotideo.
Glándula Submandibular.	Es más pequeña que la parótida, pero más grande que la lingual. Es de forma irregular, semeja a una almendra.	Se aloja en la región suprahiodea.	Ramas sensitivas del nervio facial. Arteria lingual Nervio hipogloso.	Conducto submandibular o (de Whartòn).
Glándula sublingual	Es la mas pequeña en volumen y peso. Forma elipsoidal aplanada transversalmente.	Ubicada en el surco alvéolo lingual subyacente a la mucosa.	Fosa sublingual.	Sublingual (de Rivinus o Bartholin). Fig.3 Cuadro comparativo de las glándulas salivales mayores. ¹⁴



2.4.1 Glándula Parótida

La parótida: es una glándula túbulo alveolar que es sólo serosa, en el ser humano es la de mayor tamaño, es una estructura amarillenta, lobulada y de forma irregular, está rodeada por una gruesa cápsula de tejido conectivo desde donde parten tabiques de tejido conectivo hacia el interior de la glándula que la dividen en finos lóbulos. El conducto excretor principal o conducto de "Stenon" o parotideo, desemboca en el vestíbulo de la boca, sobre la papila parotídea frente al segundo molar superior.

La glándula parótida se encuentra por debajo del arco cigomático, por debajo y delante del conducto auditivo externo, por delante de la apófisis mastoides y por atrás de la rama ascendente de la mandíbula.¹⁵

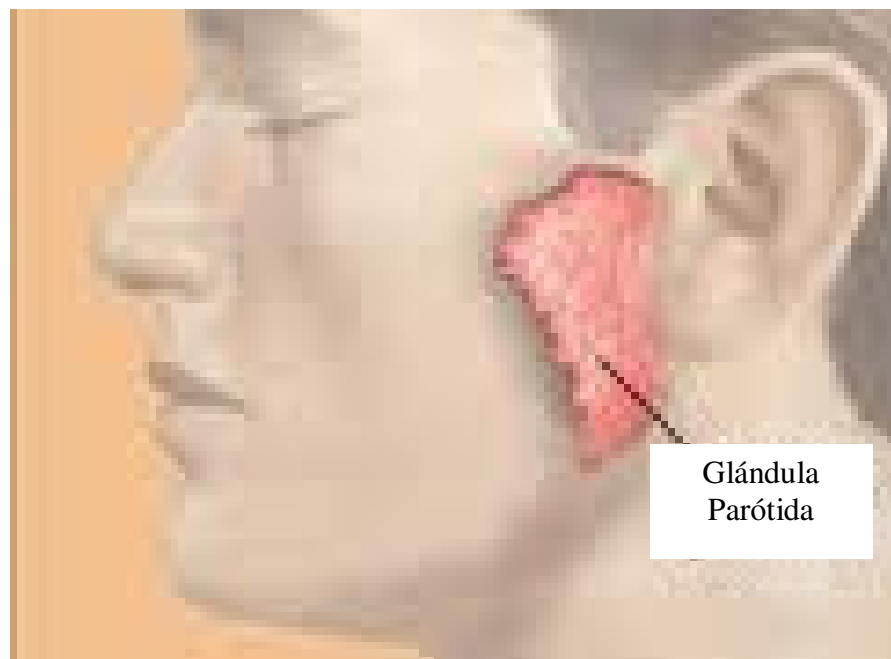


Fig. 4 Esquema donde se observa la glándula parótida.¹⁶



Relaciones

La glándula parótida está contenida en una envoltura, la fascia parotídea, una prolongación de la cual separa a la glándula parótida de la glándula submandibular.

La glándula parótida presenta la forma aproximada de una pirámide invertida, con tres o cuatro caras. Presenta un vértice una base y tres caras, externa, anterior y posterior. A veces se considera que esta última está dividida en otras dos, posterior e interna.

Las siguientes estructuras se encuentran parcialmente dentro de la glándula parótida de la superficie a la profundidad:

1. El nervio facial, que penetra por la cara posterior de la glándula y forma el plexo parotídeo (pata de ganso), dentro de la misma.

La glándula parótida consta de una porción (lóbulo) superficial y otra profunda, dispuestas alrededor de las ramas del nervio facial y unidas por uno o más istmos, la extirpación profunda de la parótida (p. ej. Por un tumor) debe efectuarse con una técnica delicada para que sea mínimo el daño al nervio facial rehén de la cirugía de la parótida.

2. Las venas temporal superficial, maxilar interna entran a la glándula con sus correspondientes arterias y se unen en el espesor de la glándula para formar la vena retro mandibular.
3. La arteria parótida externa, que penetra por la parte inferior de la cara posterior y que con frecuencia emite la arteria auricular posterior en el espesor de la glándula.



Conducto Parotideo.

Este conducto, con longitud aproximada de 5cm., emerge después de estar cubierto por la cara externa de la glándula. Avanza hacia delante sobre el masetero y después de doblarse hacia adentro casi en ángulo recto, perfora la bola adiposa bucal y el músculo buccinador y la mucosa bucal, el conducto parotideo desemboca en la cavidad bucal, en frente de la corona del segundo molar superior. El conducto parotideo se puede palpar en el sujeto vivo introduciendo el dedo en la boca. El sitio de desembocadura puede estar marcado por elevación de la mucosa llamada papila parotidea.¹⁷

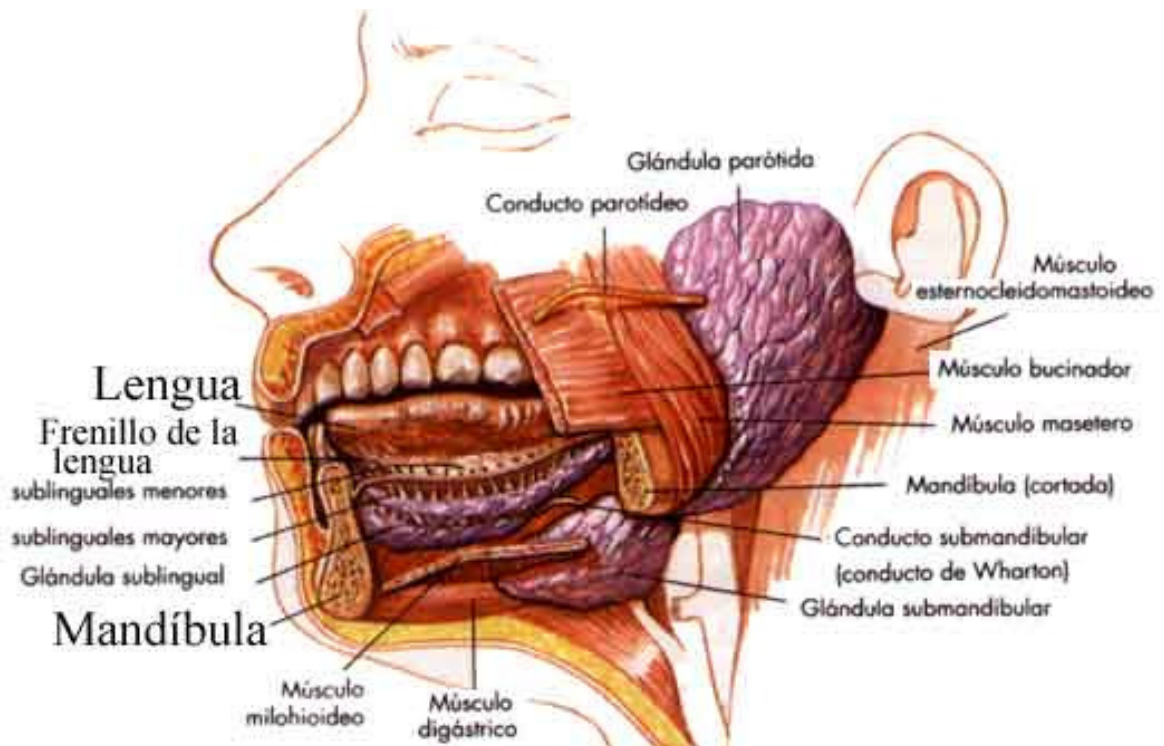


Fig.5 Esquema donde se puede ver las glándulas salivales y algunas de las estructuras con las que se relaciona.¹⁸



2.4.2 Glándula submandibular

Esta glándula es más pequeña que la glándula parotídea pero mas grande que la sublingual, se encuentra en la región suprahioidea, alojada en una celda cuya forma semeja a un prisma triangular de eje ventro craneal, y que se integra debido a que la lámina superficial del cuello, después de insertarse en el hueso hioideo, se desdobra. La hoja superficial se extiende hasta insertarse en la base de la mandíbula que es el borde inferior del cuerpo de la misma para formar la pared caudo lateral de la celda.

Su morfología general es de forma irregular, aunque su cuerpo se adapta al de su celda la glándula submandibular semeja a una almendra con sendas prolongaciones dorsal y ventral.

Está situada en la parte posterior del surco gingivo bucal. De él se originan una serie de filetes que constituyen sus ramas eferentes que terminan en la glándula y el conducto Wharton.¹⁹

El conducto submandibular (de Wharton) - de dos a tres milímetros de diámetro por cinco centímetros de longitud- Termina por abrirse en la papila sublingual a los lados del borde libre del frenillo.²⁰

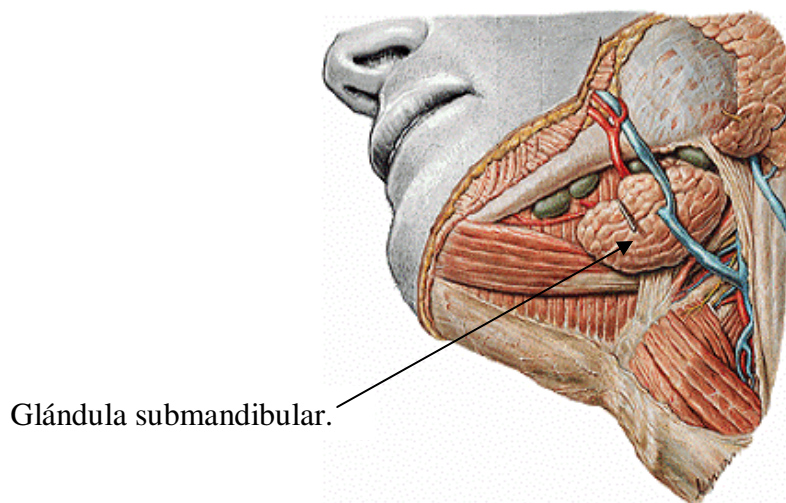


Fig.6 Esquema de la glándula submandibular²¹



2.4.3 Glándula sublingual

La glándula sublingual la más pequeña en volumen y peso, representa un tercio aproximadamente de la submandibular. La glándula sublingual es tubuloacinar mixta con predominio mucoso. Las escasas células serosas están en forma semilunar alrededor de las células mucosas (medias lunas de Ganuzzi); el contenido seroso rodea al mucoso. La cápsula de tejido conectivo está poco desarrollada. Está ubicada en el surco alvéolo lingual, subyacente ala mucosa. La glándula tiene forma elipsoidal y está aplanada transversalmente, mide tres centímetros de longitud.

La excreción de la glándula sublingual se efectúa por un conducto principal y varios conductos accesorios. El principal, llamado sublingual (de Rivinus o Bartholin) se desprende cerca del extremo posterior por la cara profunda; asciende adosado a la cara lateral del conducto submandibular y termina al lado de éste, en el surco alvéolo lingual, al abrirse en un pequeño orificio. Se encuentran 10 o 12 conductos excretores, el principal, el de "Bartholin" o sublingual, desemboca en la carúncula sublingual.

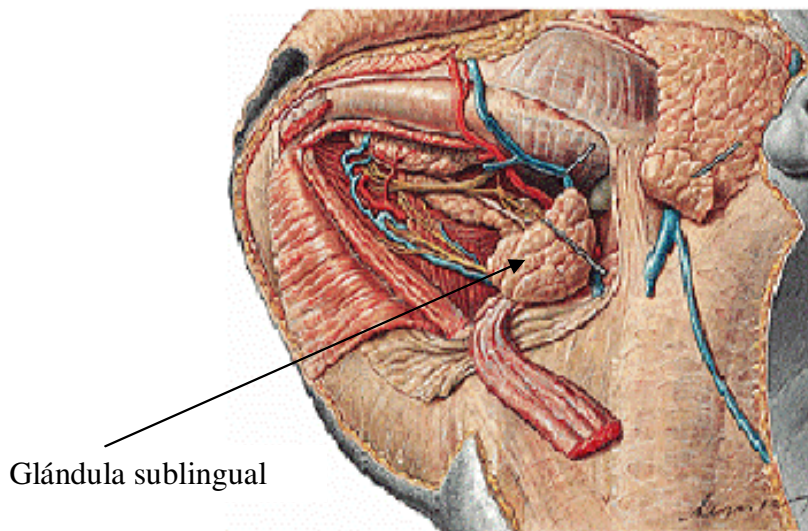


Fig. 7 Esquema donde se observa la glándula sublingual.²²



3.- NEOPLASIAS DE GLÁNDULAS SALIVALES

3.1 Generalidades.

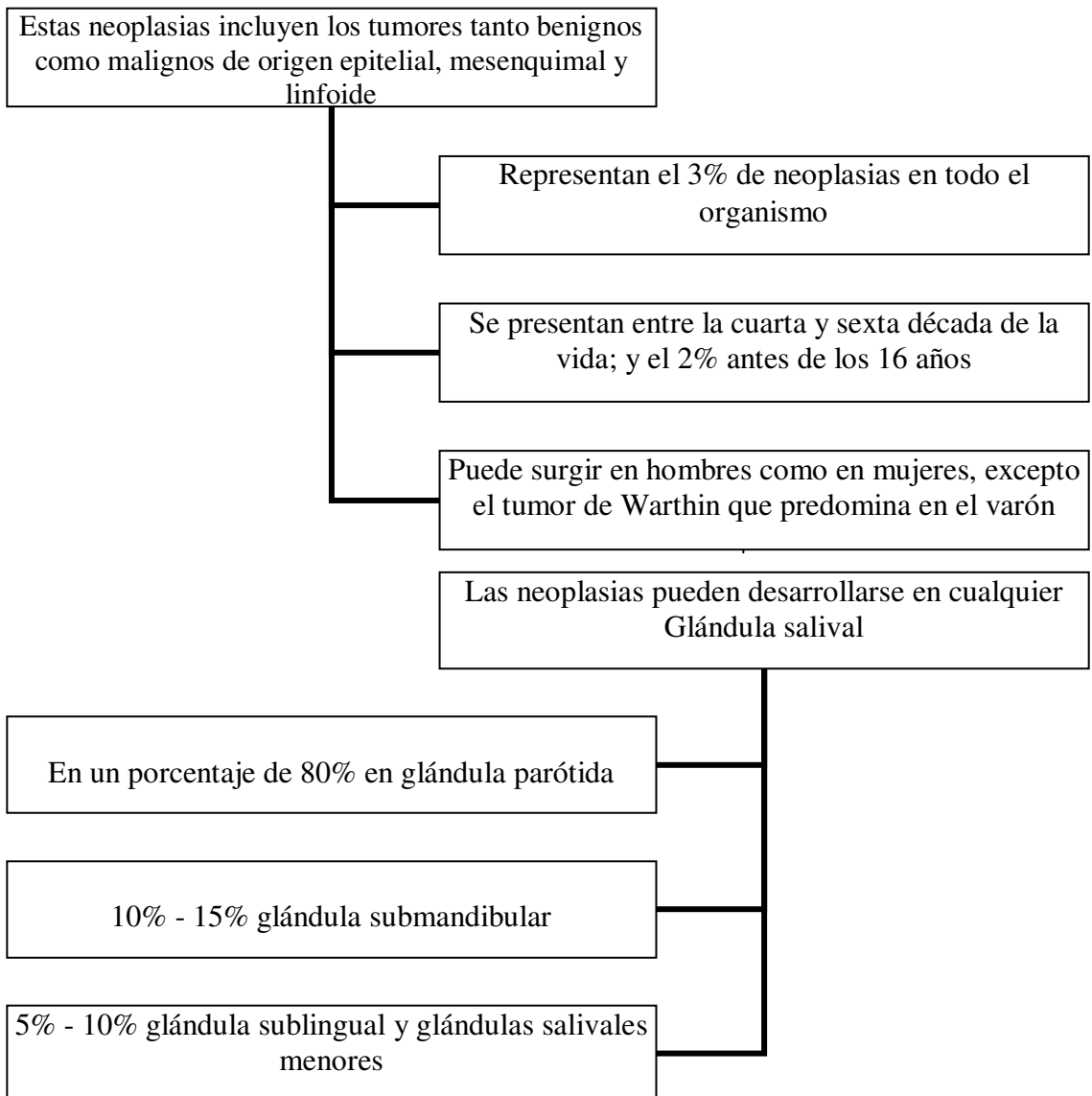


Fig.8 Esquema de las generalidades de las neoplasias. ²³ Cuadro elaborado por la autora.



3.2 Clasificación

Las neoplasias de glándulas salivales constituyen un reto particular al cirujano patólogo, principalmente debido a la complejidad de su clasificación y a lo poco común de varias de sus entidades, que pueden exhibir un espectro amplio de diversidad morfológica en las lesiones individuales; por ende dificultan la distinción entre los tumores malignos y benignos²⁴En algunos casos, pueden observarse lesiones híbridas. La guía básica principal para establecer la naturaleza maligna de la neoplasia de glándula salival, es la de demostración de márgenes infiltrantes.²⁵

Debido a su gran variedad histológica resulta sumamente difícil realizar una adecuada correlación clínico-histológica.

El tumor benigno más frecuente es el adenoma pleomorfo o Tumor Mixto Benigno; en segundo lugar se sitúa el tumor de Warthin o cistoadenoma papilar linfomatoso.

Neoplasias epiteliales:

- Adenoma pleomorfo (por ejemplo, tumor mixto)
- Tumor de Warthin, también conocido como cistoadenoma papilar linfomatoso.
- Adenomas mono mórficos:
 - a. Adenoma de células basales
 - b. Adenoma canicular.
 - c. Oncocitoma
 - d. Adenoma sebáceo.
 - e. Linfadenoma sebáceo.



-
-
- Mioepitelioma.
 - Cistoadenoma.
 - Papiloma de los conductos.

 - Sialoblastoma.

Grado bajo

- Carcinoma de células acínicas.
- Adenocarcinoma de células basales.
- Carcinoma de células claras.
- Cistadenocarcinoma.
- Carcinoma epitelial-mioepitelial.
- Adenocarcinoma mucinoso.
- Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado (APBG).

Grado bajo, intermedio y alto

- Adenocarcinoma,
- Carcinoma mucoepidermoide.
- Carcinoma de células escamosas.

Grado intermedio y alto

- Carcinoma mioepitelial.



Grado alto

- Carcinoma anaplásico de células pequeñas.
 - Carcinosarcoma.
 - Carcinoma de células grandes no diferenciado.
 - Carcinoma de células pequeñas no diferenciado.
 - Carcinoma del conducto salival.
 - Carcinomas de las glándulas salivales y tumores mixtos
- Carcinoma mucoepidermoide
 1. Carcinoma cístico adenoide
 2. Adenocarcinomas
 1. Carcinoma de células acínicas
 2. APBG
 3. Adenocarcinoma no especificado de otra forma
 4. Adenocarcinomas poco comunes
 1. Adenocarcinoma de células basales.
 2. Carcinoma de células claras.
 3. Cistoadenocarcinoma.
 4. Adenocarcinoma sebáceo.
 5. Linfadenocarcinoma sebáceo.
 6. Carcinoma oncocítico.
 7. Carcinoma de los conductos de la glándula salival.
 8. Adenocarcinoma mucinoso.



3. Tumores malignos mixtos

1. Carcinoma ex-adenoma pleomórfico.
2. Carcinosarcoma
3. Tumor mixto metastásico

4. Carcinomas poco comunes

1. Carcinoma primario de células escamosas
2. Carcinoma epitelial-mioepitelial
3. Carcinoma anaplásico de células pequeñas
4. Carcinomas no diferenciados.
 1. Carcinoma microcítico no diferenciado.
 2. Carcinoma macrocítico no diferenciado.
 3. Carcinoma linfoepitelial.
5. Carcinoma mioepitelial ²⁶



<ul style="list-style-type: none">• ADENOMAS Adenoma pleomorfo Tumor de Warthin Oncocitoma Adenoma de células basales Mioepitelioma Sialadenoma papilífero Adenoma sebáceo Cistoadenoma Papiloma ductal Coristoma• CARCINOMAS Ca. mucoepidermoide Ca. adenoide quístico Ca. de células. acinares Tumor mixto malignizado Adenocarcinoma Ca. de células escamosas Ca. indiferenciado Adenocarcinoma células basales Ca. sebáceo Ca. epitelial-mioepitelial Adenocarcinoma mucinoso Ca. de células pequeñas Ca. oncocítico Otros carcinomas• LESIONES PSEUDOTUMORALES Sialadenosis Oncocitosis Sialometaplasia necrosante Lesión linfoepitelial benigna Quiste de glándula salival Sialoadenitis crónica esclerosante Hiperplasia linfoide quística	<ul style="list-style-type: none">• OTROS TUMORES Tumores no epiteliales Linfomas Tumores no clasificados Metástasis De la clasificación de la OMS incluiremos las siguientes entidades para un mejor seguimiento y estudios de los casos, sin dejar de tener en cuenta lo difícil de la clasificación histopatológica por parte de los especialistas de Anatomía Patológica:<ul style="list-style-type: none">• ADENOMAS Adenoma Pleomorfo Tumor de Warthin Oncocitoma Adenoma de células basales Mioepitelioma Sialadenoma papilífero Adenoma sebáceo Cistoadenoma Papiloma ductal Coristoma• LESIONES PSEUDOTUMORALES Sialadenosis Oncocitosis Sialometaplasia necrotizante Quistes de glándula salivar Lesión linfoepitelial benigna Hiperplasia linfoide quística Sialadenitis crónica esclerosante• OTROS TUMORES Tumores No Epiteliales Hemangioma Schwanoma Lipoma
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 1. Clasificación histológica de los tumores de glándulas salivales (OMS).²⁷



3.3 Etiología

Etiológicamente las neoplasias de las glándulas salivales se relacionan con diversos factores.

El virus de Epstein-Barr se asocia a una neoplasia que se denomina lesión linfoepitelial maligna.

La irradiación se ha relacionado también con los tumores de glándulas salivales malignos, así como el contacto con asbestos, productos del caucho o exposición a metales, en diversas ocupaciones laborales.

Estudios recientes han demostrado receptores estrogénicos presentes en tumores salivales.

Así cuanto más grande es la glándula más asiento del tumor, más probable es que la lesión sea benigna: parótida 70%, submaxilar 55%, sublingual 30%.

En los tumores de glándulas salivales menores, la lengua, el suelo de boca y el triángulo retromolar son áreas especialmente propensas a presentar lesiones malignas, mientras que en el labio, los tumores suelen ser benignos.

El tumor más frecuente es adenoma pleomorfo que representa el 80% de los tumores benignos y el 50% de todos los tumores de las glándulas salivales.²⁸

Poco es lo que se conoce sobre la etiología de estos tumores. A diferencia de otras neoplasias de la cabeza y del cuello, el tabaco y el alcohol no se relacionan con el desarrollo de cánceres salivales. Tampoco se les asocia con una historia de parotiditis, litiasis o traumatismos como factores predisponentes. En cambio, se destaca que la radioterapia en bajas dosis favorece la aparición de tumores en las glándulas salivales.



3.4 Diagnóstico

La evaluación clínica es el primer paso diagnóstico, al mismo tiempo que el esencial. Habitualmente los tumores salivales son palpables antes que visibles. Un cáncer salival puede presentarse como una masa solitaria de crecimiento lento. El dolor episódico acompañado de tumefacción glandular sugiere un proceso inflamatorio o una obstrucción al flujo salival antes que una neoplasia.

El dolor continuo o el déficit nervioso son poco frecuentes y están siempre relacionados con un proceso maligno. El dolor se presenta entre el 10 y el 30% de los pacientes con cáncer de parótida, mientras que lo manifiestan solo el 7% de los enfermos con cáncer de la glándula submaxilar.

La parálisis facial se observa en un 10 a 15% de los pacientes con tumores malignos de parótida.

Las ulceraciones de la cavidad oral pueden corresponder a cáncer de las glándulas salivales menores.

La palpación sola, aunque de gran ayuda, es insuficiente para diferenciar los tumores benignos de los malignos. El examinador debe estar advertido de la posibilidad de que la masa sea una metástasis de un tumor primario cutáneo, melanoma, cáncer escamoso o, más raramente, de una neoplasia distante. El linfoma también puede presentarse en primer lugar en la parótida.

El examen físico debe incluir la inspección de la cavidad bucal y de la orofaringe. El oído, la nasofaringe, los nervios craneanos, el cuello y la piel local deben examinarse para detectar cualquier extensión del tumor.



3.5 Localización.

El adenoma pleomorfo es una neoplasia de glándulas salivales más común. Aunque principalmente afecta a glándulas mayores, no es raro encontrarlo en glándulas menores.

Cabe esperar que los tumores que se presentan en las glándulas salivales menores tengan mayor probabilidad de ser malignos que los de la submandibular y éstos más que los que se localizan en la parótida.²⁹

3.6 Epidemiología

Aproximadamente el 80% de todas las neoplasias de las glándulas salivales se originan en la glándula parótida. La probabilidad de que una neoplasia de glándulas salivales sea maligna aumenta con la disminución del tamaño de la glándula.

Estos tumores afectan generalmente a individuos entre 40 y 45 años menos del 5% del total de los casos corresponde a niños menores de 15 años existe un predominio en la mujer y en ocasiones, como el adenoma pleomorfo, el sexo femenino alcanza en algunas series una taza doble que el sexo masculino. La excepción es el tumor de Warthin cuya frecuencia es mayor en sexo masculino.

La mayoría de los tumores parotídeos en los niños no son epiteliales (tipo hemangioma y linfangioma), mientras que en los adultos son de tipo epitelial.

Los tumores salivales suelen ser únicos y unilaterales, aunque también pueden manifestarse de forma bilateral como es el caso del cisto adenoma, o de forma múltiple unilateral como el adenoma pleomorfo.



Los factores raciales influyen en este tipo de neoplasia. Así por razones desconocidas las esquimales constituyen un grupo de alto riesgo. La población negra de África como de E.U también se ve más afectada.

Los tumores de glándulas salivales menores son más frecuentes en ciertas regiones del mundo como África del Sur, Uganda, Egipto, o la India. Se ha encontrado un número anormalmente elevado de esta patología glandular en los supervivientes japoneses de las explosiones de las bombas atómicas.

Con respecto a los agentes etiológicos responsables de las neoplasias de las glándulas salivales se conocen poco. Las radioterapias en bajas dosis utilizadas para el acné o el tejido linfoide obstructivo en la cavidad oral o nasofaringe, ha sido implicada en algunas neoplasias. En relación con la frecuencia de localización, la glándula parótida es la más frecuente, donde asientan las neoplasias asociadas a radiación en la mayoría de los casos comunicados.

El paladar es el lugar más frecuente de los tumores de glándulas salivales menores, seguido por el de labio, esencialmente el labio superior. Se ha relacionado con el cáncer de saliva, con el cáncer de mama, encontrándose en un número elevado de tumores salivales en pacientes con cáncer de mama. También se ha hallado relación con ciertas ocupaciones como en los trabajadores de fábricas de caucho y goma.³⁰



4. ADENOMA PLEOMORFO

Es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales y parótidas. Su nombre deriva del pleomorfismo en su constitución, es decir, su apariencia grandemente variable, al visualizarse en el microscopio de luz. Se le conoce también como tumor mixto de tipo glándula salival, describiendo su característica pleomórfica en vez de su origen, que es tanto epitelial como mioepitelial.³¹

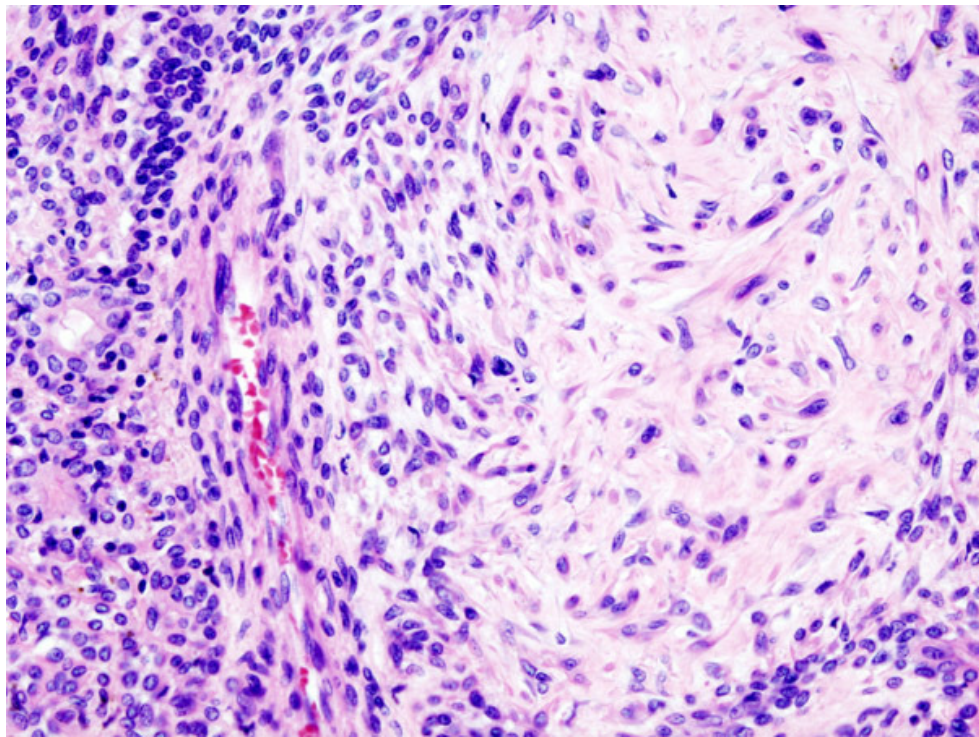


Fig. 9 Se observa Adenoma pleomorfo con epitelio mixto (izq.) y componentes celulares mesenquimatosos (der).³²



4.1 Definición.

Neoplasia benigna de glándulas salivales de origen epitelial que se acompaña de otras estructuras tisulares de aspecto mixoide, mucoide, condromatoso e incluso osteoide (observar fig. 9).

Es las neoplasias más frecuentes de glándulas salivales tanto mayores como menores. Su frecuencia oscila entre 50 y 70% de las mismas.

4.2 Antecedentes históricos

Esta neoplasia fue descrita inicialmente desde el punto de vista clínico y de forma clásica por Billroth en 1859, pero no fue hasta 1874 en que Missen retoma el estudio de las mismas y le llama tumor Mixto por creer que su origen era doble, epitelial y conectivo. El adenoma pleomorfo (AP) es la neoplasia de glándulas salivales más común. Aunque principalmente afecta a las glándulas salivales mayores, es común encontrarlo en glándulas menores, especialmente en el paladar y labio superior. Aunque el adenoma pleomorfo es una neoplasia benigna, generalmente su cápsula es incompleta y tiende a recurrir después de una resección quirúrgica incompleta.

El adenoma pleomorfo es la neoplasia de glándulas salivales más sugestiva de despertar interés de estudio y especulación por su tórpida evolución, pleomorfismo histológico, potencialidad de transformación maligna y discutida histogénesis; lo cual la hace ocupar un lugar importante en la problemática oncológica actual. Es un tumor benigno compuesto por células epiteliales y mioepiteliales dispuestas en distintos patrones morfológicos.



Adelgazamiento o ausencia de la pseudo cápsula y la presencia de proyecciones digitiformes del tumor se han observado en todos los subtipos histológicos de adenoma pleomórfico, en particular el tipo mixoide. Con respecto a la benignidad o malignidad del tumor se deben tener en cuenta diferentes elementos.

Como se planteó en el concepto, es una tumoración benigna, sin embargo en la clasificación de Foote y Frazel del año 1954 se distinguía un tipo benigno y otro maligno. En la actualidad se reconoce sólo como benigno, incluyendo el tipo maligno entre los carcinomas.

Estos tumores mixtos malignos comprenden un grupo no muy homogéneo de neoplasias relativamente raras y poco definidas cuyo potencial maligno es muy variable.

La distinción entre estas variedades benigna y maligna es siempre difícil y se complica aún más por varias razones.

La primera razón es la aceptación por algunos autores de un discutido tipo intermedio, semimaligno o variedad recurrente con mayor celularidad que el benigno, que no llega a poseer una completa capsulación ni clara malignidad celular.³³

La segunda razón estriba en que algunos de estos casos de lesiones que son francamente benignas en ocasiones pueden originar metástasis a distancia sobre todo pulmonares por vía hematógena, llamándose tumor mixto benigno metastizante. Esta entidad no aparece en la última clasificación de la Organización Mundial de la Salud de 1992 dada su extrema rareza, no obstante Ellis y Auclair en la Clasificación Morfológica de Neoplasias de Glándulas Salivales del Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas, lo incluyen en el grupo de Carcinomas con el nombre de Tumor Mixto Metastizante.



A pesar de estar descrito que dichas metástasis poseen un comportamiento benigno similar al tumor de origen, opinamos que el hecho per se de la metástasis implica cierto comportamiento maligno.

Además de lo anterior planteado podemos agregar que aunque en general se acepta que los tumores mixtos benignos permanecen sin transformarse, también se ha reportado que es una de las pocas neoplasias que pueden sufrir transformación maligna.

El riesgo de esa transformación aumenta con la duración del tumor o larga evolución del tumor sin tratamiento, múltiples recidivas y la edad del paciente.

La malignización del Tumor Mixto ha sido descrita con una frecuencia entre 2 y 10 %. Muchos autores sostienen la teoría de que existen focos dispersos de Carcinoma In Situ ya presentes en lesiones benignas, las cuales dan origen al Tumor Mixto Maligno; sin guardar esto relación con el carácter recidivante o la evolución del Tumor. Mientras que para otros autores estos tumores mixtos malignos, lo son desde el principio, con una evolución clínica diferente.

La mayoría de los entendidos señalan que de extirparse adecuadamente los Adenomas Pleomorfos, surgieran pocas recidivas y carcinomas. Las primeras referencias a la "hinchazón auricular", como las llamaron los griegos, describió los hallazgos asociados con los cálculos y la inflamación. Desde 1650-1750, la cirugía de la glándula salival se limitaba al tratamiento de los cálculos y ránulas orales. El concepto de la extirpación quirúrgica de un tumor de la parótida se ha atribuido a Bertrandi en 1802.



Las primeras aplicaciones de esta cirugía incluyen un enfoque amplio, que causa desfiguración y discapacidad grave.

En aproximadamente 1850, la atención se desplazó hacia la disección y la íntima relación entre el nervio facial y la glándula parótida. Se hicieron intentos para realizar la cirugía con preservación del nervio. John C. Warren, MD, fue el primero en utilizar la anestesia por inhalación de éter durante su resección de un tumor de la parótida en Boston en 1846. En 1892, Codreanu (oriundo de Rumania) realiza la primera parotidectomía total con preservación del nervio facial. El injerto del nervio facial tras la resección se intentó en la década de 1950. Beahrs y Adson (1958) describió elocuentemente la anatomía relevante y la técnica quirúrgica de cirugía de la glándula parótida actual.³⁴

4.3 Histogénesis

La histogénesis de este tumor es un tema muy discutido y controvertido en la actualidad.

Existe un acuerdo casi universal de que el tumor no es un tumor mixto en el sentido verdadero de la palabra, porque sea teratomatoso o bien que derive de más de un tejido primario. Se han sugerido numerosas teorías para explicar su histogénesis y a pesar de que hay muchas, todas se centran en que se origina a partir de las células mioepiteliales en cesta o de una célula de reserva en el conducto intercalado, aunque otras teorías lo rechazan.



A continuación expondremos las más conocidas:

- Teoría de Hubner: Postula que la célula mioepitelial en cesta es la causa de la diversidad de morfología en el tumor, es decir, es la responsable de la producción de áreas fibrosas, mucinosas, condroides y óseas.

- Teoría de Regezi y Batzakis: Postulan que las células de reserva del conducto intercalado pueden diferenciarse en células ductales y mioepiteliales en cesta y estas a su vez puede sufrir metaplasia mesénquimal debido a que de forma hereditaria tienen propiedades parecidas al músculo liso, además de poder diferenciarse en otras células mesénquimatosas.

- Teoría de Batsakis: Plantea que son las células de reserva del conducto intercalado el precursor histogénico, siendo el papel de la célula mioepitelial en cesta incierto, puede ser activo o pasivo al papel de la misma.

- Teoría Dardick: Cuestiona el papel de las células de reserva ductal y la mioepitelial en cesta en el origen histogénico del tumor.

Estableciendo que una célula epitelial cualquiera que ha sido alterada en forma neoplásica con el potencial para realizar una diferenciación multidireccional, puede ser desde el punto de vista histogénico, el origen del (A.P)



4.4 Sinonimia

Pleomorfo: hace referencia a las múltiples posibilidades de diferenciación del tejido del parénquima y el estroma que toman las células tumorales, y que en ningún caso debe confundirse con el polimorfismo nuclear que presentan muchas lesiones pre-cancerosas malignas. Los núcleos del AP son normales y regulares.

Tumor mixto: Casi todos los estudios en tumores mixtos indican un intervalo de tipos de células (en un extremo del espectro se encuentran las células epiteliales y en el otro completamente mioepiteliales). Entre esos dos extremos se pueden identificar células no tan desarrolladas con rasgos de ambos elementos. El término “tumor mixto” se aplicó al AP por una teoría inicial que postulaba que, en vez de una proliferación simultánea de células neoplasias epiteliales y mioepiteliales, existía una célula con capacidad de diferenciarse de las células epitelial o mioepitelial y causar estas tumoraciones.

Actualmente se ha documentado que esta teoría es errónea, ya que los diversos elementos celulares provienen de la propia célula epitelial y/o epitelial. Por lo tanto, el antiguo término de “tumor mixto”, es confuso e incorrecto, pero aún aparece en muchos textos relacionados con el AP.³⁵

El adenoma pleomorfo (AP) ha recibido diversos nombres a través de los años, tales como tumor mixto, enclavoma, branquioma, endotelioma, endocondroma, pero sin embargo el término mas aceptado actualmente es el propuesto por Willis (Adenoma Pleomórfico) que hace referencia al inusual patrón histológico que presenta esta lesión.



Para algunos autores llamarlos tumor mixto no es adecuado porque se sabe que su origen es puramente epitelial como se describe en su histogénesis, mientras que otros opinan que aunque es conocido su origen netamente epitelial, es correcto seguirlo llamando de esta manera, así vemos como en general el término de Tumor Mixto es más frecuente en EEUU, mientras que en Europa, Canadá o Asia al igual que la OMS, se prefiere denominarlo Adenoma Pleomorfo.

Se piensa que la apariencia “mixta” del tumor obedece a la diferenciación de las células tumorales, y las áreas fibrosas, hialinizadas, mixoides, condroides e incluso óseas, son el resultado de la metaplasia o producto de las células tumorales.³⁶



4.5 Epidemiología

El AP es la más común de todas las neoplasias de glándulas salivales constituyendo más del 50%, tanto en las mayores como menores, y el 90% de los casos de neoplasias benignas en ellas.

Se ha descrito en zonas inusuales por inclusiones de glándulas salivales ectópicas, como también la combinación de este tumor con otras neoplasias de glándulas salivales. Así mismo se han descrito casos de malignización y metástasis pero esto es muy inusual.

El AP al igual que la mayoría de los adenomas presenta un ligero predominio en mujeres, y estudios establecen como edad de aparición promedio los 41 años (menos del 10% se produce en niños), pero puede presentarse en cualquier edad(1-5). Su ubicación más común es la parótida, representando el 60% de los tumores de dicha glándula.

Por otro lado, el 50% de los tumores de glándulas menores son AP, de los cuales el 55% afecta al paladar, el 25% al labio (principalmente el superior), 10% mucosa bucal y el 10% restante se presenta en el resto de los tejidos orales y orofaríngeos.³⁷

4.6 Etiología

La radioterapia de cabeza y cuello se ha relacionado con tumores de glándulas salivales benignos y malignos. En la mayoría de los casos comunicados de neoplasias asociadas a radiación, el sitio de presentación fue la glándula parótida. El virus de polioma e hidrocarburos carcinogénicos han producido tumores en glándulas salivales de animales, pero no hay evidencia que determine relación causal en humanos. No se ha encontrado asociación entre el riesgo de presentar estos tumores y antecedentes familiares, traumas, infecciones, consumo de alcohol o tabaco.



4.7 Características clínicas

El AP, en particular se encuentra localizado en la parótida, suele ser una lesión que no muestra fijación en los tejidos más profundos, ni en la piel o mucosa que lo cubre, habitualmente es una lesión nodular, de forma irregular y de consistencia firme, aunque en ocasiones se pueden palpar áreas de transformación quística. En los tumores parotídeos la piel rara vez se ulcera, por lo general no son mayores de 5cm, aunque pueden alcanzar un gran tamaño, habiéndose registrado lesiones con peso de varios kilogramos.

Regularmente no provocan dolor pero si a veces molestia bucal. En la parótida puede producir parálisis del nervio facial por compresión, lo cual es poco frecuente y si ocurre, sugiere malignidad.

Las neoplasias grandes forman masas con nódulos irregulares que estiran la piel o la mucosa en donde subyacen. (observar fig.10). Puede presentar o no cápsula.



Fig. 10 Paciente femenina de 45 años de edad, adenoma pleomorfo (en glándula parótida)³⁸



Cuando es de origen parotídeo, aparece por detrás de la mandíbula, delante del conducto auditivo externo. En el 90% crece en el lóbulo superficial y en un 10% de las ocasiones puede presentarse en el lóbulo profundo como una masa que protruye al paladar blando o a la pared lateral faríngea. Este tumor puede originarse además fuera del complejo bucal, localizándose en las glándulas lagrimales, siendo la tumoración más frecuente a este nivel.



Fig. 11 Adenoma Pleomorfo de Parótida, lado derecho, note recubierto por piel normal y como levanta el lóbulo de la oreja normal.³⁹



De forma general se caracteriza por la presencia de un nódulo pequeño, de 4 a 5cm, insensible, que crece lentamente, cuyo movimiento es variable según el tamaño, pues si es pequeño puede moverse, no así cuando es de tamaño considerable. Si se encuentran en la cola de la parótida, puede presentarse una eversión del lóbulo de la oreja(observar fig.11).

Esta neoplasia compromete el sistema ductal distal de las glándulas salivales, incluyendo acinos y conductos intercalares.

Desarrolla diferentes formas epiteliales, como células columnares, cuboides, escamosas, en forma de huso y mioepiteliales, como osteoides, mixoides, condroides, etc.⁴⁰

El AP de las glándulas salivales menores intrabucales pocas veces tiene tamaño mayor de 1 a 2 cm de diámetro, aunque pueden encontrarse tumores de hasta 6 ó 7 cm.

El paladar es la ubicación preferencial de estos tumores. Es necesario considerar el crecimiento del tumor, o sea si es de crecimiento lento que no produce alteraciones a nivel de las mucosas es para pensar que es benigno. Pero cuando el crecimiento es rápido y se produce vascularización superficial, cuando hay úlceras en la mucosa se debe pensar que la lesión es agresiva. También es importante considerar la forma de los límites, la consistencia.



Fig. 12, 13 Adenoma Pleomorfo del Paladar, recubierto por mucosa normal^{41, 42}.

Este tumor provoca dificultad en la masticación y en ocasiones el paciente se queja de dificultad al hablar. Este tumor se detecta y se trata más temprano que el resto de los tumores glandulares. Algunos AP se han descubierto como áreas nodulares.

Cuando la localización es parafaríngea o en orofaringe, produce modificaciones en la voz, disfagia, disnea y cuando se localiza en el seno maxilar produce modificaciones faciales. La glándula sublingual es un sitio muy raro de localización del adenoma pleomorfo.



Fig. 14 Tumoración submucosa en el paladar, que sobrepasa la línea media.⁴³

En glándulas salivales menores, el sitio preferencial está en el paladar, seguido del labio superior y mucosa yugal

Por ejemplo el tumor mixto es abollonado porque tiene un crecimiento como excrecencias por eso da un aspecto de muchas pelotitas unidad, esta característica junto con el crecimiento lento , junto con la piel de características normales da para pensar en un tumor benigno como el adenoma pleomorfo.

En glándulas menores la presentación más frecuente es en el paladar como una masa de aspecto lobulado, ligeramente indurada, con la mucosa que lo recubre de aspecto normal aunque raramente presenta ulceraciones (traumáticas) o telangectasias.



Fig. 15 Adenoma pleomorfo de glándulas menores presente en paladar donde puede apreciar la presencia de telangectasias.⁴⁴

En la mucosa bucal y labio, son móviles, bien delimitados, y cubiertos por mucosa generalmente intacta.

El aspecto externo del tumor por lo general es de formas redondeadas, ovaladas o lobuladas.



Fig.15 Adenoma pleomorfo de glándulas menores (presente en labio superior).⁴⁵

El crecimiento del adenoma pleomorfo es lentamente progresivo, coincidiendo con la forma de aparición de la sintomatología.

En la cavidad nasal, la mayoría de las veces se presenta como una masa de forma polipoide, de amplia base, encapsulada. Inicialmente cuando la tumoración es de pequeño tamaño, son frecuentes las epistaxis espontáneas precedidas en la cavidad nasal; posteriormente cuando el tamaño del tumor es mayor, la clínica fundamental es la obstrucción nasal y puede presentarse deformidad de la pirámide nasal.⁴⁶

El Adenoma pleomorfo de glándulas menores pocas veces tiene un tamaño mayor de 1 a 3 cm y por las dificultades que producen y además, se detectan rápidamente, ubicándose en labio y paladar fundamentalmente.



Excepto el tamaño de los tumores intrabucuales, no se diferencian en forma notable en su contraparte de las glándulas mayores.

Cuando aparece en el paladar duro suele aparecer fijo al hueso subyacente pero no es invasivo. En otros sitios el tumor suele moverse con libertad.

El crecimiento del Adenoma pleomorfo es lento, aunque en ocasiones puede evolucionar con episodios de crecimiento rápido que motivan la consulta médica pero que carece de significación pronóstica. Parece ser que el crecimiento es multicéntrico y que ocurre en un periodo de 1 a 5 años.

Clínicamente aparece como una lesión indolora de crecimiento lento e intermitente, bien limitada, generalmente móvil (en parótida especialmente), de consistencia firme, o blanda si existen zonas de degeneración quística).⁴⁷ Entre las características más frecuentes del AP se encuentra, que son, no infiltrantes y encapsulados.⁴⁸

Crecimiento lento que puede tomar años. Generalmente crece en forma redondeada sin exceder los 6 cm de diámetro y su coloración va de amarillo pardo a blanco. Sus límites son bien definidos, es libremente movable en grandes glándulas y no movable en áreas del paladar.

Aunque generalmente es asintomático, los síntomas varían de acuerdo al sitio donde se encuentra.

En glándulas salivales menores puede presentar disfagia, ronquera, disnea, epistaxis, o dificultad en la masticación.



4.8 Imagenología

Los exámenes imagenológicos sirven para comprobar la extensión del tumor y la existencia de ganglios comprometidos. En los casos de tumores malignos avanzados no permiten evaluar con certeza la infiltración de estructuras vasculares.

- La radioterapia no es muy utilizada como tratamiento complementario aunque ha sido empleada en algunos casos seleccionados con más de tres recurrencias, márgenes histológicamente positivos o transformación maligna.

En algunos casos, los médicos pueden sentir que el seguimiento del tratamiento de radiación es necesario.

Los Institutos Nacionales de Salud (NIH) no recomiendan la terapia de radiación en todos los casos, y sugieren que se reserva para pacientes con dificultades específicas quirúrgicas.

Según los NIH, la radioterapia puede aumentar la probabilidad de que cualquier tumor recurrente pueda convertirse en maligno.⁴⁹

- TC (tomografía computarizada) de cavidades paranasales con y sin contraste que incluya cortes axiales y coronales. Cuando la evidencia de una neoplasia es casi obvia, el estudio debe ser dirigido directamente a la TC y no solicitar radiografía de cavidades paranasales. La TC es útil para definir la lesión en tres dimensiones, evaluar el compromiso de la órbita (piso, lámina papirácea o techo), la infiltración de nasofaringe o fosa pterigopalatina.



Cuando la extensión de una lesión es al endocráneo, el contraste puede ayudar a mejorar la definición del tumor del tejido cerebral adyacente. Es el examen de elección para evaluar el compromiso óseo. La destrucción ósea no es patognomónica de una lesión maligna, pero sí se traduce en un comportamiento localmente agresivo.



Fig. 16 Imagen de TC muestra una masa lobulada en la glándula parótida izquierda.⁵⁰



Las desventajas de la TC incluyen exposición a la radiación, el uso de material de contraste yodado, y la distinción del tejido más pobre que la de otros estudios. La TC también puede ser problemático en caso de los adenomas benignos pleomórficos cuando el margen externo del tumor aparece confuso y sugiere invasión maligna del tejido circundante.

Sin embargo, la TC puede ser el único estudio necesario para guiar al cirujano.⁵¹

- La Angiografía es muy útil en tumores vasculares en los que se necesita delimitar la lesión, ver su fuente de irrigación y embolizar este tipo de tumores para realizar una resección quirúrgica segura, evitando sangrados masivos en el intraoperatorio.
- La RMN (resonancia magnética) es un complemento de la TC en la evaluación de los tumores.
- La RMN permite definir mejor la extensión del tumor en los tejidos blandos, diferenciar secreciones de tumor.

No es buena para la evaluación del compromiso óseo.

Cuando el cirujano dentista se enfrenta a un tumor de glándulas salivales ya sea mayor o menor debe usar además de la imagenología, también la Biopsia, ésta solo se usa en los tumores de las glándulas salivales menores, en las glándulas salivales mayores por ejemplo en la parótida y submandibular, los tumores son abordados para hacer una



submandibulectomía con biopsia rápida, o una parotidectomía suprafacial si es benigna o total si es maligna; con o sin conservación del nervio facial.

Existe una aguja que es la aguja de Vim Silverman que se parece a una aguja de biopsia hepática donde se puede hacer una punción en el tumor, rotar la aguja y sale un segmento de 1cm por 1 mm para hacer el diagnóstico histopatológico. En el caso de la submandibular y parótida es mejor hacer la resección.

En relación a los tumores de las glándulas salivales menores la biopsia generalmente es incisional aunque en algunos casos puede ser exicional.

El diagnóstico definitivo de esta lesión se basa en los hallazgos histológicos.

La sialografía muestra rechazo o compresión canalicular y carece de interés práctico al igual que la gammagrafía que dará imágenes de normalidad o áreas frías de baja captación del trazador. Ecográficamente es característica la ecogenicidad mixta intratumoral y suele ser la primera técnica solicitada.

La RMN (resonancia magnética nuclear) es superior a la TC (tomografía computarizada) para la demostración de los márgenes tumorales y puede demostrar si es multicéntrica o marcadamente lobulada.

La TC muestra mejor las calcificaciones que a veces están presentes.

La PAAF (Punción-Aspiración con aguja fina".)⁵² Posee una sensibilidad por encima del 90% en manos de expertos, es menos segura para tumores benignos.⁵³



4.9 Características histopatológicas

Desde el punto de vista de Anatomía Patológica se puede describir macro y microscópicamente.

Macroscópicamente:

Se presenta como una formación redondeada de superficie frecuentemente multinodular o mamelonada.

Está rodeada por una cápsula fibrosa de grosor variable con ocasionales microfocos en su espesor e incluso fuera de ella a una distancia considerable y que podría explicar la frecuencia de las recidivas tras la enucleación del tumor.

Al corte se aprecia un tumor sólido blanquecino o amarillento, aunque pueden existir áreas azuladas translúcidas que se corresponden con las áreas de tipo cartilaginoso.

En algunos casos si existe predominio de áreas mixoides, el contenido puede ser gelatinoso. La degeneración quística es poco frecuente. Pueden existir áreas infartadas o hemorrágicas sobre todo en los casos en que se practicó PAAF (punción por aspiración con aguja fina).

Las lesiones recurrentes son característicamente multinodulares, de naturaleza mixoide fundamentalmente.



Microscópicamente:

Al contrario de otros tumores de glándulas salivales que presentan un patrón histológico característico, éste es muy variado, siendo uno de sus aspectos fundamentales. Los casos aislados rara vez se asemejan unos a otros.

Pocas neoplasias muestran tan amplio espectro morfológico como el Adenoma pleomorfo.

De hecho el nombre de tumor mixto implica la presencia conjunta de células epiteliales y de células mesenquimatosas en proporciones muy variables.

Las células epiteliales se presentan en 3 formas diferentes:

- células oscuras de pequeño tamaño
- células más claras y voluminosas
- células fusiformes

Estas diferentes células epiteliales se agrupan formando ductos, pequeños nidos celulares, sólidas láminas y cordones celulares anastomosados.

Al exterior de estas células epiteliales se encuentran las células mioepiteliales que constituyen el mayor componente de este tumor y se disponen en forma de espesas bandas o mantos.



Algunas de estas células mioepiteliales sufren una degeneración vacuolar tomando un aspecto pseudocartilaginoso, mientras que otras pueden tomar aspecto plasmocitoide. Como se planteó con anterioridad los estudios ultraestructurales ponen de manifiesto que son las responsables del desarrollo del característico estroma mixoide y condroide. El material condroide y células mioepiteliales vacuoladas constituyen las áreas de pseudocartílago.

En ocasiones el estroma mixoide es tan abundante que es difícil encontrar las células epiteliales y afirmar que se trata de un tumor mixto. Es común en estos tumores la presencia de material eosinófilo hialino el cual se cree se corresponde a la lámina basal producida por las células mioepiteliales.

También pueden aparecer células sebáceas, células que semejan oncocitos, focos de tejido adiposo, cristales ricos en tiosina, otros ricos en colágeno, áreas de calcificación y osificación del estroma por metaplasia. También está presente en el 20% de los casos, focos de células escamosas con formación de queratina.

A veces aparecen áreas con características similares a las del carcinoma adenoide quístico o células mucoides en asociación con células escamosas que semejan al carcinoma mucoepidermoide.

Todos estos hallazgos no indican malignidad y carecen de significado pronóstico.



Los tumores mixtos de asiento en las glándulas menores tienden a ser más celulares y con menos componentes mixoides y condroide. Carecen de cápsula por lo que pueden dar una falsa apariencia de infiltración y si alcanzan un tamaño grande la mucosa superficial puede estar ulcerada debido a traumatismos.

Precisamente debido a la gran variedad de componentes que puede presentar esta entidad debe realizarse el diagnóstico diferencial con otros tumores benignos y fundamentalmente con otros malignos como el carcinoma adenoide quístico, el carcinoma mucoepidermoide y con su posible transformación maligna. Un problema en el diagnóstico diferencial lo constituyen los tumores mixtos con marcada celularidad muy difícil de diferenciar de alguna forma de adenocarcinoma; a estas lesiones se le denominó adenoma pleomorfo celular o atípico. Incluso se ha pretendido tomar el aumento en la actividad mitótica para indicar el comportamiento agresivo y potencial metastásico. Cuando el tumor es altamente celular con frecuencia se le denomina adenoma celular, cuando predomina la proliferación mioepitelial por lo general se hace el diagnóstico de mioepitelioma, aunque para algunos autores el mioepitelioma es otra entidad separada.⁵⁴

4.10 Otros estudios (genéticos).

Los adenomas pleomorfo son tumores epiteliales benignos procedentes de las glándulas salivales mayores y menores. Se caracterizan por translocaciones cromosómicas recurrentes, las anomalías más comunes incluyen el cromosoma 8, con puntos de interrupción constante en la banda q12.



5. TRATAMIENTO

El tratamiento inicial en tumores benignos y malignos en glándulas salivales mayores o menores es "casi" siempre quirúrgico y, siendo posible, debe realizarse la resección de parótida, submandibular o sublingual, prefiriendo una acción excisional mejor que la incisional. La biopsia y el tratamiento quirúrgico definitivo son con frecuencia el mismo procedimiento. En tumores del lóbulo profundo parotídeo o que compromete ambos lóbulos, es mejor realizar parotidectomía total.

La biopsia incisional o excisional aumenta el riesgo de contaminación del lecho tumoral y por ende la recurrencia y daño del nervio facial con el procedimiento quirúrgico definitivo que debe remover el sitio de la biopsia.

El tratamiento más común y eficaz para el adenoma pleomorfo realizada por el Cirujano es la extirpación quirúrgica completa del tumor mismo, de acuerdo con el World Journal of Surgical Oncology (WJSO). El procedimiento implica la extirpación de todo el tumor y parte del tejido circundante para evitar que se repitan.

Una cantidad considerable de tejido extra posible que tenga que ser removido, ya que este tipo de tumores se sabe que tienen extensiones en forma de dedos que crecen en el área que los rodea.⁵⁵

Un parotidectomía superficial se realiza bajo anestesia general y dura aproximadamente tres a cuatro horas para completar, de acuerdo con la Universidad de Georgetown Hospital.



El Cirujano hace una incisión en el cuello y cerca de la oreja. Por lo general se cura con una cicatriz mínima y sin dañar el nervio facial.

La presencia de metástasis cervicales en tumores de glándulas salivales es de mal pronóstico y la disección radical modificada está indicada seguida de radioterapia.

Las metástasis no palpables (metástasis ocultas) están presentes en un alto porcentaje que van desde 20 a 50% en relación a tamaño del primario y grado de malignidad, sin embargo en la actualidad no hay información que justifique la disección electiva de cuello cuando es clínicamente negativo.

La indicación de radioterapia post cirugía se plantea cuando hay márgenes quirúrgicos positivos, tumor primario avanzado y alto grado de malignidad, compromiso de nervio facial o de lóbulo profundo en parótida, ganglios positivos y cuando se produce "siembra" del tumor en la operación por ruptura de su cápsula. En los tumores de glándulas salivales menores, la resección en tejido sano debe ser la intención primaria, sean benignos o malignos; la enucleación tumoral es inadecuada y hay recidiva sobre 90%. En tumores de paladar o senos paranasales, el cirujano debe estar preparado para realizar resección ósea ya sea de paladar o de maxila para tener márgenes libres de tumor; esta situación debe ser planteada al paciente y aceptada por él o ella, e incluso por su entorno familiar más próximo. El cirujano debe explicar claramente las secuelas e inconvenientes secundarios a la cirugía y debe también estar preparado para realizar una rehabilitación funcional y cosmética.



La presencia de un tumor en el lóbulo profundo de la parótida sea benigno o maligno, con frecuencia no puede abordarse por la vía habitual pre-auricular y debe recurrirse a algún tipo de mandibulotomía que da una buena exposición.

Estos tumores pueden manifestarse con abombamiento del paladar, ya que son tumores que ocupan la fosa ptérigomaxilar o el espacio parafaríngeo. En estos casos es esencial la tomografía axial o resonancia nuclear magnética que proporcionan una apreciación objetiva de la ubicación y extensión.⁵⁶

La enucleación tumoral como tratamiento de esta entidad debe ser formalmente rechazada.

La cirugía como tratamiento estándar ha sufrido un proceso de radicalización, llegando a ser la Parotidectomía Subtotal Conservadora, el procedimiento mínimo a realizar. Técnicas mayores se realizan en dependencia de la demanda del tumor y su comportamiento biológico.

Las glándulas submandibulares comprometidas se tratan mediante exéresis completa de la misma y los tumores de asiento en glándulas menores mediante exéresis total con un pequeño margen de tejido sano circundante.

Algunos autores plantean para este tipo de lesión, que si aparece en el paladar, debe quitarse junto a la mucosa que lo cubre, mientras que los que se encuentran en la mucosa de revestimiento como labio, paladar blando y mucosa bucal son tratadas exitosamente con enucleación y excisión extracapsular. Es importante la remisión del espécimen a estudio patológico extemporáneo.



Riesgos

Los riesgos quirúrgicos implicados en la extirpación del tumor varían con el propio tumor. Un de menor tamaño, será más fácil de quitar y, por lo tanto, habrá menor probabilidad de causar daño y en el nervio facial en las inmediaciones. Un tumor que se extiende a un área más amplia puede llevar a más alto riesgo.

De acuerdo con la Universidad de Georgetown Hospital, los cirujanos son extremadamente cuidadosos al trabajar cerca del nervio facial y la mayoría de los pacientes sanan normalmente y no experimentan ninguna función anormal.

La debilidad del nervio puede ocurrir por hasta cuatro meses después de la cirugía, pero esto generalmente no requiere tratamiento.⁵⁷

El daño permanente del nervio rara vez ocurre. La posibilidad de infección existe con cualquier herida quirúrgica, pero se puede tratar con antibióticos. Además, la saliva puede supurar de la incisión después de la cirugía.

El cirujano debe ser notificado, pero generalmente esto sólo será temporal y no debe requerir un tratamiento adicional.⁵⁸



PRONÓSTICO

6.1 Posibilidad de recidiva.

Un aspecto significativo en el comportamiento clínico de este tumor es su capacidad de recidiva tras el tratamiento quirúrgico. La tasa de recurrencia varía entre un 0 a un 50 % según diversos estudios, influyendo de forma importante su localización, tipo de tratamiento y tiempo de seguimiento. Debido al crecimiento lento de estos tumores se necesita un seguimiento prolongado para ver las recidivas en su totalidad. Se han descrito recaídas del tumor de hasta 47 años después de su aparición inicial. La mayoría de las recurrencias ocurren en la glándula parótida y aparecen en los primeros 10 años de evolución post-operatoria, siendo mayormente multinodulares y con gran componente mixoide.⁵⁹

La recurrencia de los mismos se debe a 3 factores fundamentales:

- Resección incompleta (siendo éste el más importante)
- Hipocelularidad
- Encapsulación incompleta.

Hasta el momento los intentos de relacionar el patrón histológico del tumor con las tasas de recidivas han sido inútiles, aunque algunos reportes indican que la celularidad y el componente mixoide pueden influir.

La presencia de prolongaciones tumorales microscópicas que atraviesan la pseudocápsula y llegan al parénquima glandular normal, parecen explicar el potencial de recidiva tras la exéresis simple o enucleación. Tampoco se puede establecer un pronóstico basado en el aspecto histológico de la lesión.



Siempre que se practique una adecuada excisión quirúrgica el pronóstico es excelente. La primera exéresis es de vital importancia en evitar la recidiva pues una vez que ésta se produzca debuta en una nueva forma con mayor potencial recidivante.

La tasa de recidiva con una cirugía excisional completa adecuada es de casi el 4%, pero con los intentos de enucleación se aproxima al 25%, debido a la incapacidad para reconocer durante la intervención diminutas protrusiones de la masa principal. Si no es tratada a tiempo, puede desarrollar malignidad y convertirse en carcinoma ex adenoma pleomórfico o tumor mixto maligno verdadero o carcinosarcoma.⁶⁰

Por lo general la evolución de estos tumores es de carácter benigno. La tasa de recurrencia del adenoma pleomorfo depende de la adecuada excisión primaria; la recurrencia es muy alta si el tumor es removido por simple enucleación, debido a que pequeños restos de tejido neoplásico pueden no ser retirados. Se estima que alrededor de un 5% de estos tumores recurren. La mayoría de estas recurrencias aparecen durante los primeros 18 meses posteriores a la cirugía, pero pueden presentarse tardíamente; en un 25% son multifocales.

De un 2 a 3% de los casos de adenoma pleomorfo se malignizan.

La malignización es más frecuente en los casos de recurrencia tumoral. Aberraciones en los cromosomas 8 (8q120 y 12 (12q14-15) o anomalías en la cantidad de DNA (tetraploidía, aneuploidía), se asocian a potencial crecimiento anormal y malignidad.



6.2 Posibilidad de malignización

En raras ocasiones, un tumor maligno puede surgir dentro de este tumor, un fenómeno conocido como carcinoma ex-adenoma pleomórfico. Esto se ha divulgado para ocurrir en 2-7% de los casos. Las características más confiables para determinar malignidad incluyen un patrón de crecimiento infiltrativo, la permeabilidad vascular, invasión perineural, y atipia citológica marcados con figuras mitóticas anormales. Hay una segunda clase de tumores que se denominan metástasis tumores benignos mixtos. Esta aparente contradicción se produce con tumores que tienen una apariencia histológica benigna, pero por lo general tienen un historial de múltiples recurrencias locales. Las metástasis se producen varios años después del diagnóstico inicial y puede ocurrir a los pulmones, ganglios linfáticos regionales, la piel y los huesos. El curso clínico habitual es bueno, pero hay casos que tienen un curso clínico agresivo que conduce a la muerte en el 22% de los casos. Afortunadamente, esta última categoría de tumores es muy rara.⁶¹

El tratamiento del cáncer incluye la extrusión quirúrgica completa del tumor.

Pero no es posible eliminar completamente el tumor, y siempre existe la posibilidad de recaída. La zona que rodea el tumor está integrado con los nervios faciales. Es muy difícil para los médicos a extirpar el tumor, ya que también puede causar daño a los nervios faciales. El paciente puede experimentar una parálisis de los nervios faciales que puede ser permanente. Por lo tanto, la cirugía sólo se realiza cuando el paciente es informado acerca de las consecuencias del tratamiento quirúrgico de los adenomas pleomórficos.



En otro caso, los pacientes que sufren de carcinoma ex-adenoma pleomórfico se ha encontrado que han estado expuestos a las zonas de extracción del amianto que se encuentran para ser un agente carcinógeno importante. Las personas también involucradas en tuberías y otras formas de trabajo de la madera también son susceptibles a carcinomas ex – adenoma pleomórfico.

Según los expertos, una sobre exposición a agentes ionizantes se ha relacionado para tener efectos cancerígenos en el cuerpo humano.

Por lo tanto, es esencial para evitar que viven en zonas donde se está expuesto a productos de goma, amianto u otros productos químicos que se encuentran en el ambiente que tiene la capacidad de invocar la actividad cancerosa en las glándulas endocrinas.⁶²



7. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Nombre: Saynez Castillo Minerva

Edad: 76 años

Sexo: femenino

Expediente: 4172

Fecha: 14.10.09

Paciente, sexo femenino, 76 años de edad, asiste a la clínica de admisión de la Facultad de Odontología C.U, es enviada a la clínica de Periodoncia de la misma institución.

La paciente acude por presentar un aumento de volumen, en la región palatina derecha; no refiere síntomas, solo ligera molestia para hablar, y comer.

Al realizar la historia clínica no reporta antecedentes mórbidos, ni quirúrgicos de importancia clínica.

Al examen extra oral, no se observan alteraciones.

Al examen intraoral, se observa un ligero aumento de volumen en el paladar duro de lado derecho, de aproximadamente 1.5 cm. de diámetro, cubierto por mucosa sana, firme y limitado, asintomático a la palpación.



Notas de evolución: Dx. de presunción: Nódulo de tejido blando en el paladar de lado derecho.

Se realizó biopsia incisional y se mando la muestra a estudio histopatológico.

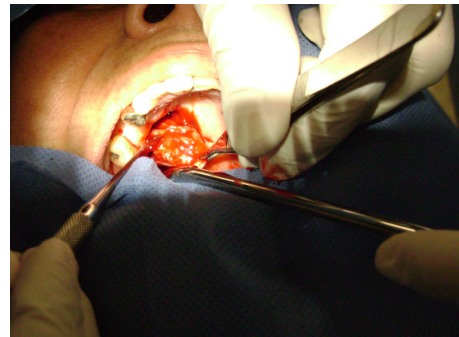
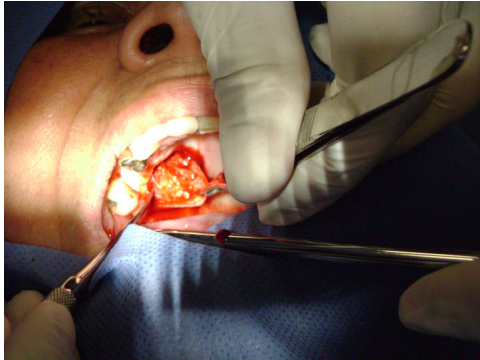


fig.2

Se colocó anestesia local y se realizó la biopsia tratando de extirpar por completo el tejido.⁶³

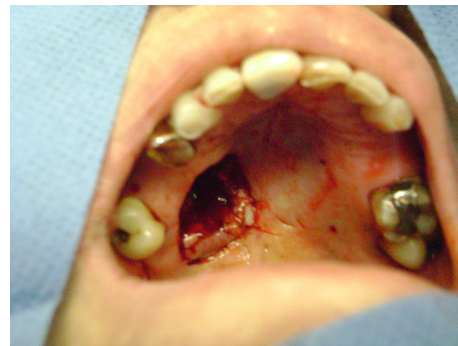


Fig.3. Al obtener la biopsia se envía a estudio histopatológico. ⁶³

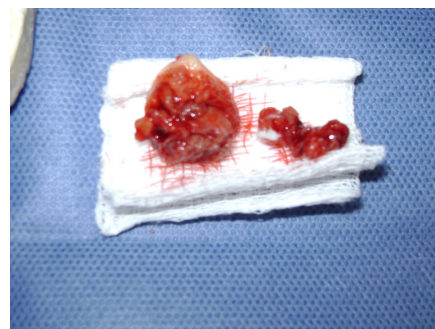


Fig.4 Biopsia de la neoplasia.⁶³

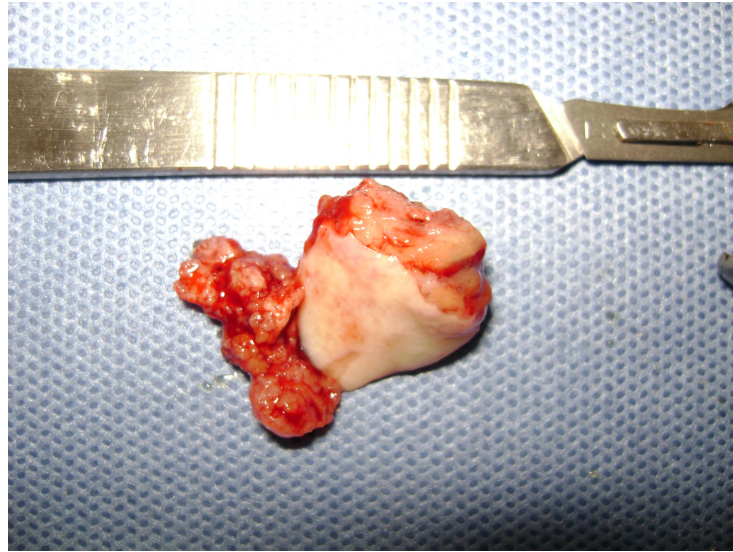


Fig.5. Se envía un tejido neoplásico en cápsula incompleta de aproximadamente 2.5 cm. por 2cm de diámetro; mas una pequeña porción.⁶³

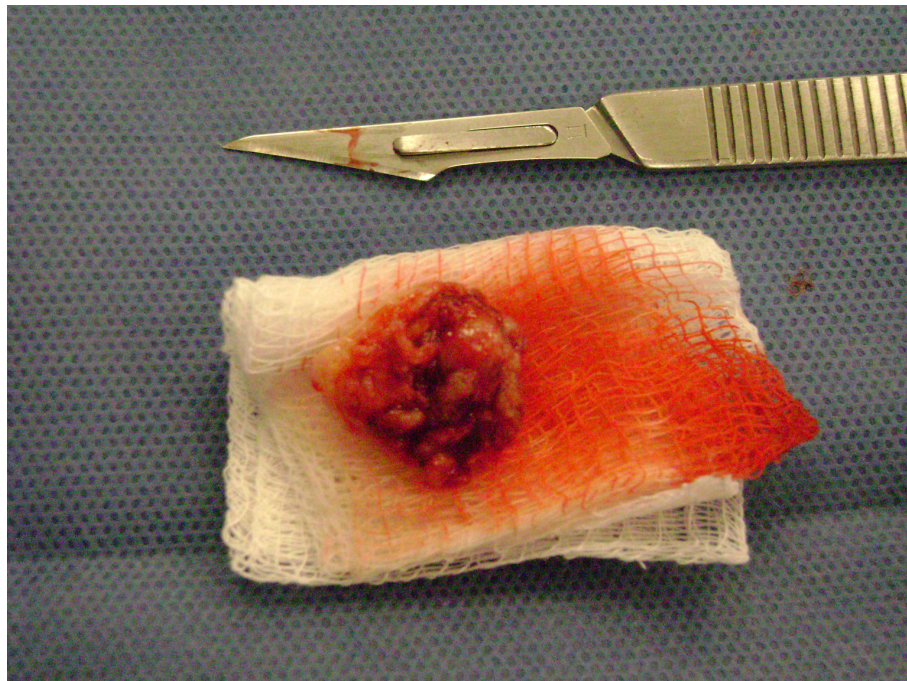


Fig.6 Se observa la cápsula seccionada.⁶³

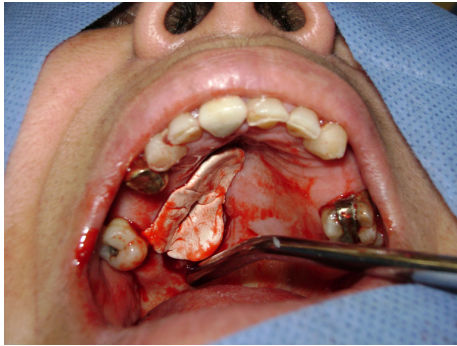


Fig.5. A la paciente se le colocó un apósito quirúrgico, y posteriormente una placa en el paladar para impedir el contacto con el exterior.⁶³



Fig.6 La cavidad quedó sellada con apósito y placa total en paladar.⁶³



El resultado de la biopsia incisional, nos indica que se trata de una neoplasia benigna de glándulas salivales en esta caso menores; un adenoma pleomorfo. El cual requiere remoción total de la neoplasia de manera intrahospitalaria por tamaño y ubicación.

La paciente fue remitida al Hospital Juárez donde se le realizó la resección quirúrgica mucoperóstica de la lesión con margen de seguridad y cierre por segunda intención.

La paciente fue dada de alta y hasta el momento no hay reporte de alguna alteración o molestias.



CONCLUSIONES

A través de la revisión bibliográfica realizada y el caso clínico reportado se determinó que el Adenoma Pleomorfo Benigno puede ocurrir en cualquier edad, pero es más común en adultos entre los 30 y 50 años de edad, y existe una predilección por el sexo femenino.

El adenoma pleomorfo es un tumor usualmente solitario y se presenta como una masa nodular firme, de crecimiento lento y sin dolor, a mayoría se presentan en glándulas parótidas y el resto en la submandibular, sublingual y accesorias. Puede presentarse aislado, uniojal y unilateralmente, siendo esta última su presentación más común

Por lo general son móviles a menos que se encuentren en el paladar y pueden causar atrofia de la mandíbula cuando se ubican en la glándula parótida.

A pesar de ser clasificado como tumor benigno tienen la capacidad de crecer a proporciones muy grandes y tienen la capacidad de eventualmente transformarse en un carcinoma maligno, un riesgo que incrementa con el paso del tiempo. Puede también tener recurrencias después de ser removido, puede invadir tejido normal adyacente y de causar metástasis hacia otros tejidos distantes, en especial al transcurrir intervalos de tiempo mayores de 10 años.

A pesar que un diagnóstico tentativo puede emitirse basándose en las características clínicas e imagenológicas, no es sino con el estudio histopatológico que se obtiene el diagnóstico definitivo.



El tratamiento indicado es la cirugía debe realizarse una excisión local con un amplio margen de mucosa libre de tumor. El abordaje depende del grado de desarrollo del tumor; si el tumor es pequeño y accesible es posible realizarlo por vía intranasal; si tiene un tamaño importante, puede usarse una técnica Maxilo - premaxilar.

Las complicaciones más frecuentes del tratamiento quirúrgico son: fístula, hematomas, infección y daño de estructuras vecinas.

Por lo general la evolución de estos tumores es de carácter benigno. La tasa de recurrencia del adenoma pleomorfo depende de la adecuada excisión primaria; la recurrencia es muy alta si el tumor es removido por simple enucleación, debido a que pequeños restos de tejido neoplásico pueden no ser retirados. La mayoría de estas recurrencias aparecen durante los primeros 18 meses posteriores a la cirugía, pero pueden presentarse tardíamente.

Muy pocos de los casos de adenoma pleomorfo se malignizan. La malignización es más frecuente en los casos de recurrencia tumoral. Aberraciones en los cromosomas 8 (8q120 y 12 (12q14-15) o anomalías en la cantidad de DNA (tetraploidía, aneuploidía), se asocian a potencial crecimiento anormal y malignidad.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Pinedo, m. a. Mate, p. dhimes, m. Argüelles, m. p. Domínguez, M. Nevado. ***unidad de anatomía patológica. unidad de ori . fundación hospital alcorcón*** .madrid, españa. 2001
- ² Phillips, Olsen k.d.: ***Recurrent Pleomorphic Adenoma of the Parotid Gland: report of 126 cases and review of the literature. ann otol rhinol laringo*** 1995. 104: pp: 100-104.
- ³ ***Bibliografías de anatomistas.com.mx***
- ⁴ ***www.wipimedia enciclopedia libre***
- ⁵ ***www.glándulassalivales.com***
- ⁶ Latarjet. ***Anatomía Humana. Editorial Panamericana***. 3ª edición. buenos aires.
- ⁷ Grinspan, ***Enfermedades de la boca***, tomo I editorial mundi
- ⁸ ***Medicina Alternativa.com***
- ⁹ ***natval.blogspot.com/2007/***
- ¹⁰ ***http://www.revistaciencias.com/publicaciones***
- ¹¹ Masson,s.a. Jose Vicente Bagan, ***Medicina Oral***. última edición.
- ¹² Corpus. ***Anatomía Humana General***. volumen III. ed. trillas
- ¹³ ***http://webs.grandesimagenes.glandulas***
- ¹⁴ Flávia Aparecida de Oliveira, Eliza Carla Barroso Duarte, Cláudia Teixeira, ***Salivary Gland tumor: a review of 599 cases in a brazilian populatio***,diciembre 2009



¹⁵ Gaziantep, Turkey; ***Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010 jun 1. Neoplasms of the Salivary Glands in a Turkish Adult population.gaziantep University Faculty of Dentistry, 27071***

¹⁶ ***www.elmirador.org.com***

¹⁷ Gardner, Gray, ***Anatomia de Gardner*** ;quinta edicion, interamericana mc. grall _ hill.

¹⁸ ***http://centrodeangiologia.com***

¹⁹ Ben Brahim e, Ferchiou m, Khayat o, Zribi s, MÇBarek c, Labbène n, ***Tumors of salivary glands: anatomical study and clinical epidemiology of a series of 180 cases]*** med. 2010

²⁰ Thakur Js, Mohindroo Nk, Sharma Dr, Thakur; ***Pleomorphic Adenoma of minor Salivary gland with therapeutic misadventure: arare case report. throat disord.*** 2010

²¹ ***www.embriologiaglandulasalival***

²² ***Imágenes.terra.com.mx***

²³ ***Pleomorphic Adenoma in Minor Salivary Glands reporte clinico revista dental de Chile.***2008

²⁴ ***http://www.cancer.bucal/glandulasalival/healthprofessiona***

²⁵ ***http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/glandulasalival/health professional***

²⁶ Brandwein ms, Ivanov k, Wallace; ***mucoepidermoid carcinoma: a clinicopathologic study of 80 patients with special reference to histological grading. am j surg pathol*** 2006

²⁷ ***www.cancer.oms.gob92***



28 Dr. Guillermo Raspall. **Tumores de cara, boca, cabeza y cuello. Atlas clínico.** Segunda edición, editorial masson.

29 **Pleomorphic Adenoma in Minor Salivary Glands reporte clínico**
autores: revista dental de chile Pub med 2004

30 Pía LópezJornet, **Alteración de las glándulas salivales** reseñas editum,
2002 - pp150

31 [http://es.wikipedia.org/wiki/adenoma_pleom%
c3%b3rfico](http://es.wikipedia.org/wiki/adenoma_pleom%c3%b3rfico)

32 **Histopathologic image of pleomorohic adenoma of the parotid gland,**
category:histopathology)

33 Dra. Marlene Alvarez Carmenate y Dr. Juan Carlos **Localizaciones atípicas de adenomas pleomorfos de glandulas salivales hospital universitario "gral Calixto García"** Octubre del 2001 a abril del 2005, a los cuales se les diagnosticó esta neoplasia mediante exámenes clínicos, complementarios e histopatológicos. publicación o.

34 Agreda Moreno, Burpegui García, Alfonso Collado, Jilópez Vázquez;
servicio de hospital clínico universitario lozano blesa. Zaragoza 2010

35 http://eusalud.uninet.edu/misapuntes/index.php/adenoma_pleomorfo

36 http://www.epub.org.br/ojdom/vol03n01/caso14/adpleo_e.htm2009

37. Meneses GA, Mosqueda TA. Ruiz LM, Rivera G. **Patología Quirúrgica de Cabeza y Cuello. Lesiones tumorales y seudotumorales.** México, D.F; Trillas, 200vera G. Patología

38 <http://eusalud.unooral.bravepage.com>

39 <http://patooral.binet.edu>

40 [www.http// facultad de odontología.com](http://www.facultad.de.odontologia.com) **universidad del zulia. hospital unive rsitario. maracaibo.2009**



41 ***Pleomorphic Adenoma in minor salivary glands, Reporte*** clínico
Revista dental de Chile

42 Hu x, Huang g, Jiang l, Song q, Yao l, Qiao x. Zhongguo Xiu, ***submandibular sialoadenectomy by a modified retroauricular*** approach
rev.2000]

43 ***<http://patoral.umayor.cl/tgs/tgs.html> fu chong jian wai ke za zhi. 2010
aug;24(8):930-2. chinese. pmid: 20839438 [pubmed - in process]***

44 ***phismer@yahoo.com***.

45 ***www.adenoma.glandulas.com.mx***

46 Chahin Fadi, MD, ***Estética y cirugía reconstructiva***

47 Lavanya Rajashekar, ***Pleomorphic adenoma of minor salivary gland
with therapeutic misadventure: a rare case report*** pubmed 2010

48 J. Narro, o. Rivero; ***Diagnóstico y Tratamiento en la práctica médica,***
journal list > world j surg oncol > v.7; 2009

49 ***<http://translate.googleusercontent.com/>***

50 ***<http://emedicine.medscape.com/article/384327-overvie>***

51 Andrew Wagner ***Adenoma pleomorfo parotídeo imágenes*** departamento
de radiología, el memorial hospital de rockingham
actualización: 09 de marzo 2010

52 ***www.mdanderson.es/pacientes/que_es_cancer/glosario/p***

53 Garcia-Pola; Bagan, J, v; García, j, m y Cols. ***Adenoma pleomorfo de las
glándulas salivales: estudio clinicopatológico de 175 casos***’.
Odontoestomatol. 6, 8: 458-460. 1990

54 Shafer, w, g; Levy, b, m. ***Tratado de patología bucal.*** 4ta edición. nueva
editorial interamericana, s. a. 233-239. 2000.



⁵⁵ J Laryngol Otol. *El diagnóstico diferencial del adenoma pleomorfo por medio de inmunohistoquímica*. 1991 Dec; 105 (12):1057-60.

⁵⁶ Dr. Raul Claire s.**Adenoma pleomorfo** Universidad pontificia de chile 2007

⁵⁷ Mateo Kaufman, md, cirujano de consultoría, **el centro de cirugía plástica;tumores de glándulas salivales** noviembre 2008

⁵⁸ <http://translate.google.com.mx>

⁵⁹ Meneses GA, Mosqueda TA. Ruiz LM, Rivera G. **Patología,Quirúrgica de Cabeza y Cuello. Lesiones tumorales y pseudotumorales**, México, D.F; Trillas, 2006: 204-206.

⁶⁰ telmedes.org.com.mx

⁶¹ www.thedoctorsdoctor.com/diseases/pleomorphic_adenoma.htm

⁶² Schavo Tom.**La extirpación quirúrgica del Adenoma Pleomorfo es recomendada para el tratamiento**. Artículos recientes Jornal 2007

⁶³ Imágenes capturadas por la autora. Jesus Elena Monterrosas Rojas.