



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ADENOMA PLEOMORFO DE LABIO SUPERIOR.
PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN
DE LA LITERATURA.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

SERGIO IPANI RAMÍREZ MÁRQUEZ

TUTOR: Mtro. EMILIANO JURADO CASTAÑEDA



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.

ADENOMA PLEOMORFO DE LABIO SUPERIOR. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Índice

1. Introducción	4
2. Generalidades de glándulas salivales	4
2.1. Embriología	4
2.2. Clasificación	6
2.3. Anatomía	6
2.4. Histología	8
2.5. Fisiología	11
3. Labio superior	12
3.1. Aspectos clínicos	12
3.2. Anatomía topográfica	13
3.3. Distribución de las glándulas salivales menores	14
3.4. Patología reactiva de glándulas salivales en labio superior	15
4. Tumores de glándulas salivales	16
4.1. Clasificación OMS 2017 de tumores benignos	16
5. Adenoma canalicular	17
5.1. Etiología	17
5.2. Características clínicas	18
5.3. Características histopatológicas	18
5.4. Tratamiento y pronóstico	19
6. Adenoma de células basales	19
6.1. Etiología	20
6.2. Características clínicas	20
6.3. Características histopatológicas	20
6.4. Tratamiento y pronóstico	23
7. Adenoma pleomorfo	23
7.1. Características clínicas en glándulas salivales mayores	24
7.2. Características clínicas en glándulas salivales menores	24
7.3. Características histopatológicas	24

7.4. Tratamiento y pronóstico.....	25
8. Presentación de caso clínico.....	26
9. Conclusiones.....	32
10. Bibliografía	33

1.INTRODUCCIÓN

Las glándulas salivales tienen una gran diversidad de morfologías en las células que las componen, y por consecuencia los tumores asociados a ellas tienen la misma variabilidad celular. Esto representa un gran desafío médico, pues, aunque los tumores en glándulas salivales son una entidad rara, la gran diversidad morfológica, y sus similitudes entre cada entidad, dificultan su diagnóstico.

Por lo anterior, es necesario la comprensión de las características individuales para poder brindar el mejor tratamiento y saber establecer un pronóstico más acertado.

El primer registro documentado de tumores de glándulas salivales fue realizado por Froote y Frazell en 1953 (16) y desde entonces su estudio y clasificación se ha actualizado para ofrecer una descripción más detallada y acertada para su óptimo diagnóstico y tratamiento.

La actual 4a clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2017 define 11 tipos diferentes de tumores salivales epiteliales benignos. Estos tumores son poco frecuentes y su etiología no está bien precisada.

2.GENERALIDADES DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

2.1 Embriología

A lo largo de la sexta y la séptima semanas del periodo embrionario, las glándulas salivales primitivas aparecen como yemas epiteliales sólidas a partir de la cavidad oral primitiva, pero no todas derivan de un solo tipo de tejido embrionario y tampoco al mismo tiempo, sino que se van formando progresivamente en áreas específicas de la cavidad oral. (2)

Glándulas parótidas

Son las primeras en formarse y se desarrollan a partir de yemas que surgen del revestimiento ectodérmico bucal cerca de los ángulos del estomodeo. Las yemas crecen hacia las orejas y se ramifican formando cordones sólidos con extremos

redondeados. Posteriormente, los cordones se canalizan (desarrollan luz) y se convierten en conductos hacia la décima semana. Los extremos redondeados de los cordones se diferencian en acinos. Las secreciones comienzan a inicios de la decimoctava semana. La capsula y el tejido conjuntivo se desarrolla a partir de la mesénquima circundante. (3)

Glándulas Submandibulares.

Aparecen a finales de la sexta semana. Se forman a partir de yemas endodérmicas en el piso del estomodeo. En el sentido posterior crecen prolongaciones celulares sólidas, laterales a la lengua en desarrollo y más tarde se ramifican y diferencian. Se empiezan a formar acinos hacia la decimosegunda semana y la actividad secretora se inicia hacia la decimosexta semana. El crecimiento de las glándulas submaxilares continua tras el nacimiento con la formación de acinos mucosos. En un lado de la lengua se forma un surco lineal que en poco tiempo se cierra por arriba y da lugar al conducto submaxilar. (3)

Glándulas Sublinguales

Aparecen durante la octava semana, unas dos semanas después del resto de las glándulas salivales. Se desarrollan a partir de yemas epiteliales endodérmicas múltiples en el surco paralingual. Estas yemas se ramifican y canalizan para constituir entre 10 y 12 conductos que se abren de modo independiente en el suelo de la boca. (2)(3)

Glándulas Menores

Inician su desarrollo entre la octava y décima semana de vida intrauterina y se originan en la mucosa del estomodeo. Primero se produce un engrosamiento del epitelio en el sitio donde la glándula verterá sus secreciones; de allí se origina un brote epitelial en forma de cordón celular macizo que se invagina en el ectomesénquima subyacente y se ramifica dicotómicamente en su extremo distal. Posteriormente los cordones desarrollan una luz en su interior transformándose en conductos y los extremos distales se diferencian en unidades secretoras. Se

propone que, debido a su ubicación en la zona lingual posterior, las glándulas de Von Ebner son de origen endodérmico. Entre la decimosexta y la vigésima semana se observan acinos y conductos en formación. A las 20 semanas del desarrollo embrionario tanto los acinos como el sistema ductal están estructuralmente diferenciados. (3)

2.2 Clasificación

Las glándulas salivales se dividen en mayores y menores. Las mayores están constituidas por tres pares de glándulas (parótida, submaxilar y sublingual), externas a la cavidad bucal y que drenan a través de conductos excretores. Desde un punto de vista estructural, las glándulas salivares mayores son de tipo tubuloacinar. (32)

Glándulas Menores

Las glándulas salivares menores están constituidas por pequeñas acumulaciones de tejido glandular (aproximadamente 800), repartidas principalmente por debajo de la mucosa de la cavidad oral y la orofaringe. Estructuralmente son de tipo tubular simple y tubuloacinar seromucoso.

2.3 Anatomía

Glándula Parotidea: Es la de mayor tamaño. Está situada en la fosa retromandibular y recubierta por una cápsula que constituye un desdoblamiento de la fascia cervical superficial. Drena a la boca a través del conducto de Stenon, a la altura del segundo molar superior. El nervio facial la atraviesa y se divide en cinco ramas distales. Funcionalmente está compuesta de acinos serosos. (32).

Glándula Submandibular: Se sitúa en la celda submaxilar, en la parte alta y central del cuello, bajo la rama horizontal de la mandíbula. Desemboca en el suelo de la boca a través del conducto de Wharton. Es atravesada por la arteria facial y tiene

dos relaciones nerviosas de vecindad de importancia como son el nervio hipogloso y el nervio lingual. Segrega saliva seromucosa. (32)

Sublingual: Es la más pequeña de las glándulas salivales mayores, y se localiza en el piso de boca envuelta en tejido conjuntivo. Su secreción es mixta con predominio mucoso y su secreción sale por un conducto principal (Bartolini) (32)

Glándulas Menores

Las glándulas salivares menores están distribuidas en diferentes localizaciones anatómicas de la mucosa bucal repartidas principalmente por debajo de la mucosa de la cavidad oral y la orofaringe. Estas son: las glándulas labiales, palatinas, genianas y linguales. Éstas últimas a su vez están conformadas por las glándulas de Blandin y Nühn, Weber y Von Ebner. constituidas por pequeñas acumulaciones de tejido glandular (aproximadamente 800), Estructuralmente son de tipo tubular simple y tubuloacinar seromucoso. (32)

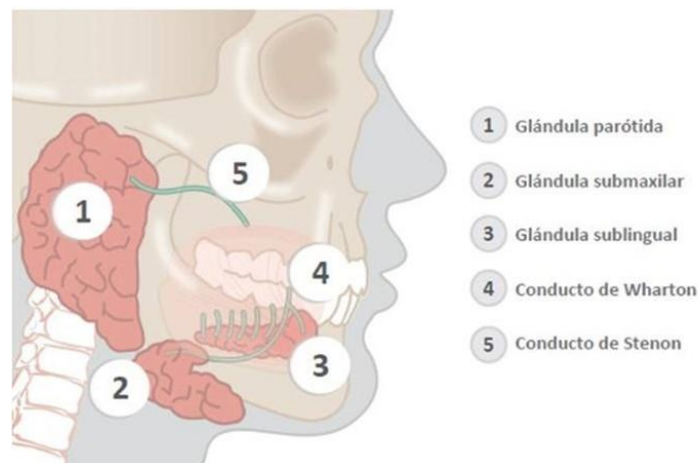


Figura 1: Esquema de la ubicación de las glándulas salivales mayores y su conducto excretor.

Tomado de: https://www.elplural.com/sociedad/sialoadenitis-obstructiva-cronica-desconocida_228701102

2.4 Histología

Histológicamente las Glándulas Salivales están compuesta por lóbulos poligonales separados por tejido areolar y sus estructuras estromales (vasos sanguíneos y linfáticos, tejido celular, nervios y tejido conectivo y fibroso). (33)

Glándula parótida: Presenta una cubierta aponeurótica, e incluye ácinos serosos integrados por células piramidales y con conductos intercalados y estriados. Los ácinos son alargados e incluidos en la membrana basal, con algunas células mioepiteliales. Todas las células acinares tienen sus núcleos situados hacia la base y muestran basofilia citoplasmática infranuclear y gránulos de secreción apical. Las células en la parte próximas son pequeñas, dispuestas en forma tubular a partir de la luz de un ácino, y muestra gránulos secretores. En la parte distal las células no incluyen gránulos de secreción, la luz suele tener mayor diámetro y pueden encontrarse células mioepiteliales entre las células del conducto y la membrana basal adyacente. El conducto intercalado se continúa en un conducto estriado. En este sitio las células son altas poligonales, o de forma cilíndrica y muestran estrías basales las que se aprecian como invaginaciones basales de la 7 membrana plasmática con numerosas mitocondrias alargadas en las bolsas citoplasmáticas así formadas. Los conductos excretores comienzan como epitelio cilíndrico simple, que posteriormente se transforman en pseudoestratificado y por último estratificado. En esta glándula son importantes y patentes los conductos intralobulillares. (33)

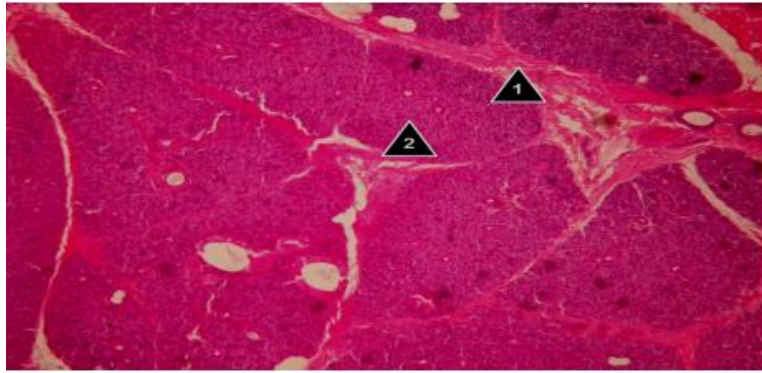


Figura 2: Glándula parótida (hematoxilina-eosina 4x). 1. Tabique de tejido conectivo denso irregular que junto con la cápsula constituye el estroma del órgano glandular. 2. Conjunto de acinos serosos que junto con los conductos intercalares y estriados constituyen el parénquima del órgano glandular

Tomada de: Doris Rosero-Salazar, et al. https://www.researchgate.net/profile/Freddy-Moreno/publication/268817997_Descripcion_histologica_de_las_glandulas_salivares_mayores/links/5478c7310cf293e2da2b2c02/Descripcion-histologica-de-las-glandulas-salivares-mayores.pdf

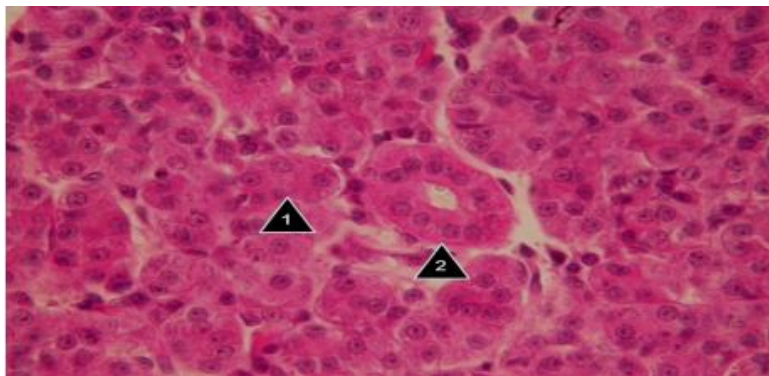


Figura 3: Glándula parótida (hematoxilina-eosina 40x). 1. Célula acinar serosa encargada de sintetizar la saliva secretada por el acino seroso. 2. Célula epitelial cúbica constituyente de un conducto estriado, en la cual se pueden observar las estriaciones en el dominio basal que le dan el nombre a dicho conducto

Tomada de: Doris Rosero-Salazar, et al. https://www.researchgate.net/profile/Freddy-Moreno/publication/268817997_Descripcion_histologica_de_las_glandulas_salivares_mayores/links/5478c7310cf293e2da2b2c02/Descripcion-histologica-de-las-glandulas-salivares-mayores.pdf

Glándula Submandibular: Es una glándula tubuloalveolar, o alveolar compuesta, y la mayor parte de sus ácidos son serosos. El resto de ellos son mucosos, pero por lo general, presentan semilunas serosas por lo que los ácidos son mixtos. A semejanza con la parótida la glándula tiene cápsula, tabique y un sistema de conductos importantes. Los conductos intercalados son semejantes a los de la

glándula parótida, pero con menor cantidad de gránulos de secreción en su zona proximal. Los conductos estriados tienden a ser más largos que los de la parótida y por lo regular son más potentes en los cortes de esa glándula. (33)

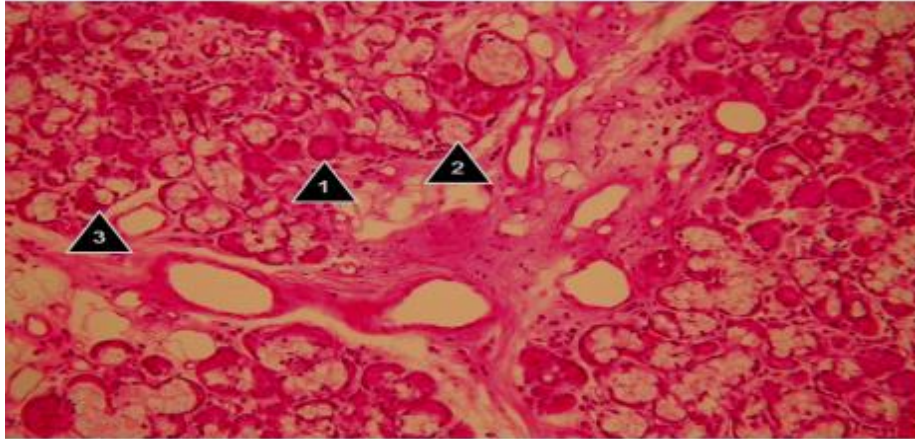


Figura 4: Glándula submaxilar (hematoxilina-eosina 10x). 1. Acino seroso. 2. Acino mucoso. 3. Acino mixto constituido por un acino mucoso y un acino seroso en forma de medialuna

Tomado de: Doris Rosero-Salazar, et al. https://www.researchgate.net/profile/Freddy-Moreno/publication/268817997_Descripcion_histologica_de_las_glandulas_salivares_mayores/links/5478c7310cf293e2da2b2c02/Descripcion-histologica-de-las-glandulas-salivares-mayores.pdf

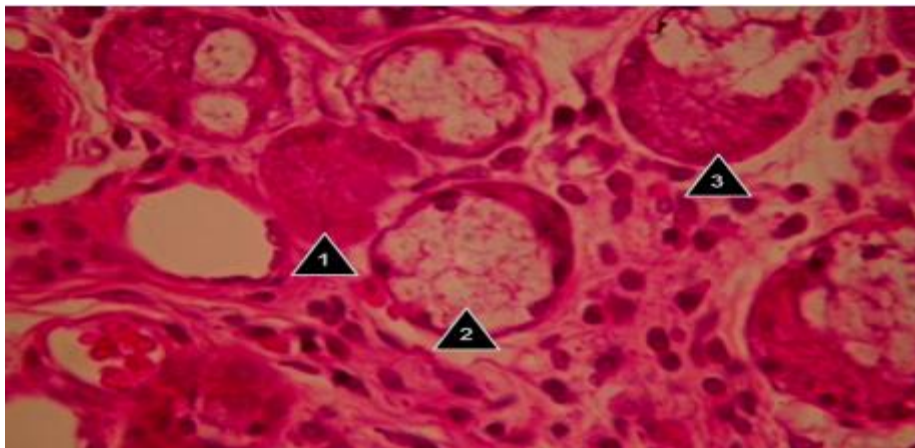


Figura 5: Glándula submaxilar (hematoxilina-eosina 40x). 1. Célula acinar serosa constituyen de un acino seroso. 2. Célula acinar mucosa constituyente de un acino mucoso. 3. Acino mixto en el que se observan células acinares mucosas constituyentes del acino mucoso y células serosas constituyentes del acino seroso (medialuna serosa)

Tomado de: Doris Rosero-Salazar, et al. https://www.researchgate.net/profile/Freddy-Moreno/publication/268817997_Descripcion_histologica_de_las_glandulas_salivares_mayores/links/5478c7310cf293e2da2b2c02/Descripcion-histologica-de-las-glandulas-salivares-mayores.pdf

Glándula Sublingual: No presente cápsula precisa, pero si tabiques, los conductos intercalares son cortos y poco notables, y las células no contienen gránulos de secreción. El aspecto de los conductos estriados es semejante al de la parótida y Glándula Submandibular, pero son cortos y debido a esto pocas veces se observan. Cada una de las Glándulas Salivales tiene terminaciones nerviosas sensitivas y de nervios motores que provienen del simpático y parasimpático. Por estudios experimentales se sabe que la estimulación de las glándulas por el sistema simpático causa secreción de la saliva mucosa espesa, y que la 8 estimulación del sistema parasimpático causa secreción más líquida de la saliva y en gran cantidad. (33)

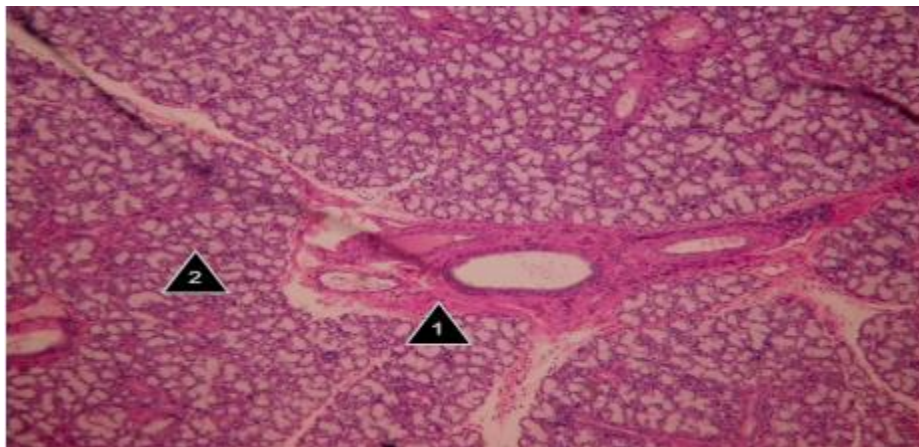


Figura 6: Glándula sublingual (hematoxilina-eosina 4x). 1. Tabique de tejido conectivo denso irregular que junto con la cápsula constituye el estroma del órgano glandular, y en el cual se pueden observar vasos sanguíneos y un conducto excretor. 2. Conjunto de acinos mucosos, serosos y mixtos que junto con los conductos intercalares y estriados constituyen el parénquima del órgano glandular

Tomado de: Doris Rosero-Salazar, et al. https://www.researchgate.net/profile/Freddy-Moreno/publication/268817997_Descripcion_histologica_de_las_glandulas_salivares_mayores/links/5478c7310cf293e2da2b2c02/Descripcion-histologica-de-las-glandulas-salivares-mayores.pdf

2.5 Fisiología

La función de todas las glándulas salivares es la producción de saliva. La secreción salival sirve para el mantenimiento de la higiene bucodental; preparación del alimento para la masticación, gusto y deglución; iniciación de la

fase precoz de digestión de los hidratos de carbono y para la regulación indirecta de la hidratación del organismo. La producción salival oscila entre litro y litro y medio al día. La secreción salival consta de dos tipos: una fracción serosa, que contiene ptialina (una amilasa alfa), que contribuye a la digestión de almidones y una fracción mucosa que se encarga de la lubricación. Las glándulas parótidas secretan fracción serosa, las submaxilares serosa y mucosa, las sublinguales sobre todo mucosa y las bucales solo mucosa. Existe una inversión iónica con respecto al plasma sanguíneo, siendo la concentración de iones potasio en la saliva siete veces mayor que en el plasma. La saliva sirve como vehículo excretor de antibióticos, distintos metales e incluso algunos virus. (33)

3. Labio superior

3.1 Aspectos clínicos

Los labios se componen de piel, semimucosa y mucosa. La semimucosa es un área de transición correspondiente al bermellón, de color rojizo y que en su porción central se encuentra el filtrum que termina en la eminencia labial. El límite entre la semimucosa y la mucosa está marcado por las líneas de Klein.

El examen de los labios comienza con la inspección de la forma, la textura, el volumen, simetría y la coloración de los mismos. Luego se procede a la palpación en búsqueda de zonas elevadas, deprimidas o cambios en la textura de la piel del labio. (Figura 7) Se continúa con la mucosa labial, revirtiendo los labios con los dedos del examinador y realizando la palpación bidigital tanto de la mucosa labial inferior como superior. El examen físico de los labios orienta al diagnóstico diferencial a diversas patologías. Por ejemplo, las máculas pueden corresponder a petequias o signos carenciales. En cambio, las placas hiperpigmentadas pueden incluso corresponder a lesiones precancerosas como queratitis actínica o cancerosas como el melanoma. El hallazgo de depresiones podría orientar a una úlcera oral como herpes labial o signos de enfermedades venéreas (por ejemplo, el chancro sifilítico). (35)



Figura 7: Palpación bidigital del labio superior en boca sana.

Tomado de: Juan Enrique Berner, Patrick Will, Rodrigo Loubies, Pedro Vida. Physical examination of the oral cavity. Medicina Cutanea, Universidad Ibero-Latino-Americana. 2016



Figura 8: Examen de la mucosa interna de los labios con espejo

Tomado de: Juan Enrique Berner, Patrick Will, Rodrigo Loubies, Pedro Vida. Physical examination of the oral cavity. Medicina Cutanea, Universidad Ibero-Latino-Americana. 2016

3.2 Anatomía topográfica

El labio superior limita por arriba con la inserción de la nariz y lateralmente con el pliegue nasogeniano. Su línea media se encuentra marcada por dos crestas o columnas que enmarcan una depresión denominada filtrum, cuyo margen inferior se curva formando el llamado “arco de Cupido” y su tubérculo, en la parte más inferior. A unos 2-3 mm del arco y paralelamente a la unión bermellón-cutánea se observa una pálida línea conocida como “línea blanca”, que también es visible en el labio inferior. (36)

El labio superior termina internamente en el surco labial superior o labiokingival. Al cerrar la boca, los labios superior e inferior se encuentran en el “estomión”, donde la mucosa modificada del bermellón y la mucosa labial húmeda forman la línea roja. (36)

El labio inferior es ligeramente más ancho que el labio superior. Su límite inferior es el surco labiomental, que lo separa del mentón. El límite lateral es el surco nasogeniano, que es menos marcado al unirse con el surco labiomental.

El bermellón del labio es un tejido mucoso modificado seco y representa la zona de transición entre la piel del labio y la mucosa labial. (36)

La comisura o ángulo bucal es la unión del labio inferior y superior. Es el punto de anclaje de varios músculos que producen elevación, depresión y retracción del ángulo bucal. La comisura también limita la apertura bucal. (36)

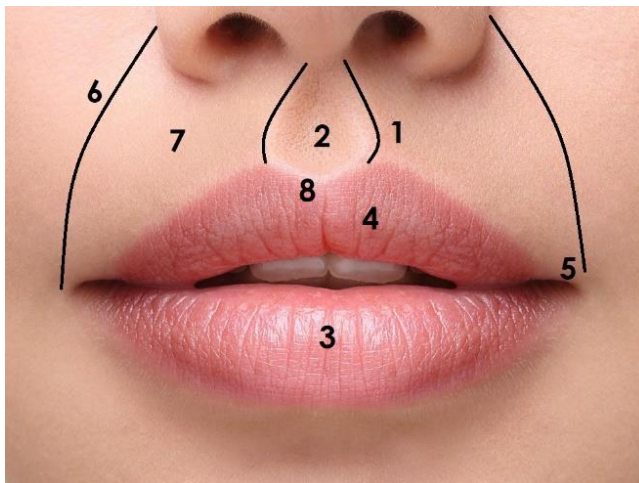


Figura 9: Fotografía de labios que enumera sus partes. 1.- Columna del filtrum 2.-Surco del filtrum 3.- Bermellón 4.- Tubérculo 5.- Comisura labial 6.- Pliegue nasogeniano 7.- Porción cutánea de labio superior 8.- Arco de Cupido

3.3 Distribución de las glándulas salivales menores

Se localizan en región ventral de los labios, y se muestran como pequeñas pápulas en toda la superficie de la mucosa. Se sienten como pequeños nódulos cuando se frota la lengua sobre el labio superior o inferior.



Figura 10: Ilustración que muestra la distribución de las glándulas salivales menores en los labios (verde)

3.4 Patología reactiva de glándulas salivales en labio superior

Las lesiones reactivas son aquellas que se deben a traumatismo mecánico accidental o irritación crónica, y si se consideran los antecedentes clínicos, la relación causa-efecto es evidente. Presentan un aspecto variado y así tenemos lesiones reactivas tipo ulcerativas, tipo placas hasta tipo neoplásicas. (37)

Fibroma Traumático: También conocido como fibroma por irritación, cicatriz hiperplásica o pólipo fibroepitelial entre otros, es considerado como una de las lesiones más frecuente de la cavidad bucal. (38)

La patogénesis del fibroma traumático está relacionada a su origen traumático. Entre los factores más frecuentemente asociados figuran el mordisqueo de carrillos y labios por hábito, la actividad masticatoria, la irritación por prótesis mal adaptadas (coronas, puentes fijos o dentaduras parciales removibles), estructuras dentarias fracturadas y restauraciones filosas. (38)

La irritación crónica en primer lugar es recibida por el epitelio, el cual elabora factores de crecimiento que traspasan la membrana basal para unirse a algún receptor en el fibroblasto y así establecer una influencia estimuladora a estas células, se inicia la elaboración de colágeno, causando la formación de un tejido de cicatrización el cual es más pálido y firme que el resto de la mucosa. (40)



Figura 11: Aspecto clínico de un fibroma traumático en labio superior causado por fricción crónica posterior a un trauma.

Tomado de: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/4/art-16/>

4. Tumores de glándulas salivales

Los tumores de glándulas salivales constituyen un grupo de neoplasias clínica y morfológicamente diverso, que presentan retos significativos para su diagnóstico y tratamiento. Estos tumores son poco frecuentes, con una incidencia general anual de aproximadamente 2,5 a 3,0 casos por 100 000 personas en el mundo occidental. (41) Las neoplasias malignas de glándulas salivales constituyen más de 0,5 % de todos los cánceres y cerca de 3 a 5 % de todos los cánceres de cabeza y cuello. (41) La mayoría de los pacientes con tumores malignos de glándulas salivales tienen entre 50 y 70 años de edad. (41)

4.1 Clasificación OMS 2017 de tumores benignos

Clasificación de la OMS de 2017 de tumores epiteliales benignos de las glándulas salivales (de El-Naggar et al. [17])

- Mioepitelioma
- Adenoma pleomórfico
- Adenoma de células basales (tipos membranoso, sólido, trabecular y tubular; a menudo mezclas de los mismos)

- Tumor de Warthin
- Oncocitoma
- Linfadenoma (linfadenoma sebáceo y no sebáceo)
- Cistadenoma
- Sialadenoma papilliferum
- Papiloma ductal (papiloma intraductal y ductal invertido)
- Adenoma sebáceo
- Adenoma canalicular

5. Adenoma canalicular

Es una neoplasia epitelial benigna infrecuente (1 % de las neoplasias de glándulas salivales), que se origina casi exclusivamente en las glándulas salivales menores. Se localiza en la cavidad oral con predilección por el labio superior (70 % a 90 % de los casos) y rara vez en otros sitios, como el paladar y la parótida (7,8,9). Suele presentarse en adultos mayores de 50 años con máxima incidencia en la séptima década. Es más común en mujeres que en hombres (relación 2:1) (7,9). Rara vez son multifocales (7,8,9) y de acuerdo con Thompson y colaboradores, esto se presenta en el 9 % de los casos. (9)

5.1 Etiología

La etiología de los tumores de glándulas salivares es desconocida. Como factores de riesgo específico para el desarrollo de neoplasias malignas salivares se han descrito haber padecido un cáncer previo, los factores dietéticos (bajo consumo de vitamina C y fibra dietética, exceso de colesterol), exposición ocupacional (radiación o materiales radioactivos, caucho, polvo de madera, sílice) e infección por el virus de Epstein-Barr. (22)

5.2 Características clínicas

Estos tumores se manifiestan como nódulos submucosos, indoloros, no ulcerados de crecimiento lento, que miden de 0,5 a 3 cm (7,8,9).



Figura 12: Aspecto clínico de un adenoma canalicular en la mucosa interna del labio superior

Tomado de: Ugo Ordioni ,Fabrice Campana , Jean-Hugues Catherine , Romain Lan. Canalicular adenoma of the upper lip: a short case study. *Med Buccale Chir Buccale* 2017;23:190–191

5.3 Características histopatológicas

Se observan cordones de doble fila de células columnares o cúbicas con patrón alternante descrito como “collar de perlas” (beading): los cordones se disponen paralelamente en contacto estrecho y posteriormente se separan formando estructuras similares a ductos que dan origen al término “canalicular” de este tumor (7,8,9,10,14). Estas estructuras similares a ductos, pueden dilatarse y llegar a conformar quistes con formaciones papilares (7,9,14). Se pueden observar mórulas de células epiteliales intraluminales e histiocitos espumosos (5). Las células tumorales son monótonas con bordes indistinguibles, núcleos ovoides o redondos y sin evidencia de mitosis (7,9,10,15). Un hallazgo histológico importante es la ausencia de células mioepiteliales (9). El estroma es mixoide, edematoso, hipocelular y ricamente vascularizado por vénulas y capilares congestivos (7,8,15). Nódulos multifocales no encapsulados de características histológicas similares se localizan adyacentes a la masa principal; este hallazgo es más evidente en la microscopía que en la clínica (7,15).

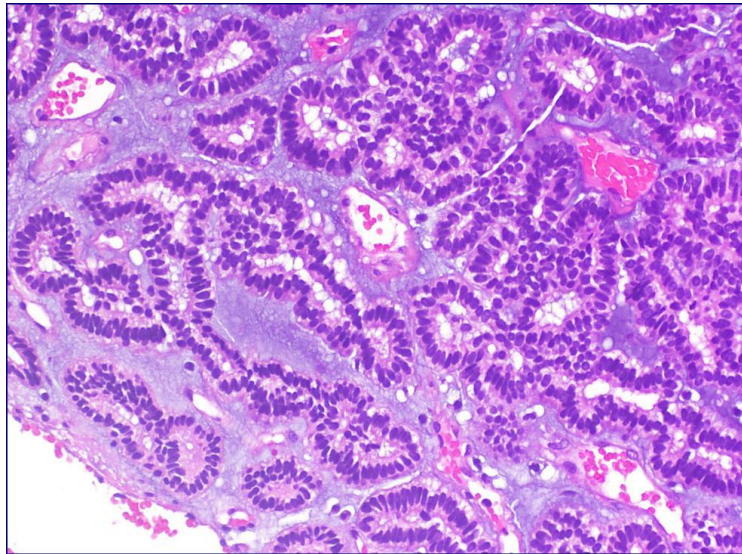


Figura 13: Patrón canalicular o tubular formado por doble hilera de células epiteliales. (H-E 20X)

Tomado de: http://www.conganat.org/10congreso/trabajo.asp?id_trabajo=1822&tipo=1

5.4 Tratamiento y pronóstico

El tratamiento del AC es quirúrgico con resección local. El pronóstico es excelente (10,11) y no se produce recurrencia después de la escisión completa (12)



Figura 14: Fotografía que muestra el estado encapsulado de la lesión

Tomada de: Stramandinoli-Zanicotti, RT, Cesa, DT, Giustina, DJ, Bahr, JA, Schussel, JL y Sassi, LM. Adenoma canalicular de glándula salival menor en labio superior: relato de caso. 2016

6. Adenoma de células basales

El adenoma de células basales usualmente se presenta en las glándulas salivares menores del labio superior. Cuando afecta a glándulas salivares mayores la parótida es la más afectada. Estos tumores están bien circunscritos y encapsulados.

Microscópicamente muestra una fila de células en empalizada con una membrana basal gruesa. Puede confundirse con el carcinoma adenoide quístico, y se ha sugerido que representa la forma maligna de este tumor. La recidiva tras la extirpación completa es rara. (22)

6.1 Etiología

Se desconoce la etiología de los tumores salivales benignos, pero se ha relacionado con la radiación, el tabaquismo, los traumatismos, los virus y la genética. Los estudios han demostrado una correlación entre los tumores de las glándulas salivales y la exposición previa a la radiación, siendo el 50% de los tumores inducidos por radiación un adenoma pleomórfico. (4) Aunque la exposición al tabaco y al alcohol no se asocia con un mayor riesgo de algunos tumores salivales, los estudios han informado una fuerte asociación entre el tumor de Warthin y el tabaquismo. (5)

6.2 Características clínicas

Este tumor está encapsulado y suele medir menos de 3 cm de diámetro, suele aparecer como una masa asintomática, firme y móvil, de crecimiento lento, casi todos surgen en la glándula parótida, siendo la glándula submandibular un segundo sitio más frecuente. (18,23)

6.3 Características histopatológicas

Se reconocen al menos cuatro patrones de crecimiento: sólido, trabecular, tubular y membranoso. En el sólido hay nidos de células tumorales basaloideas apiñadas rodeadas por una capa externa empalizada de células columnares o cuboidales. (19)

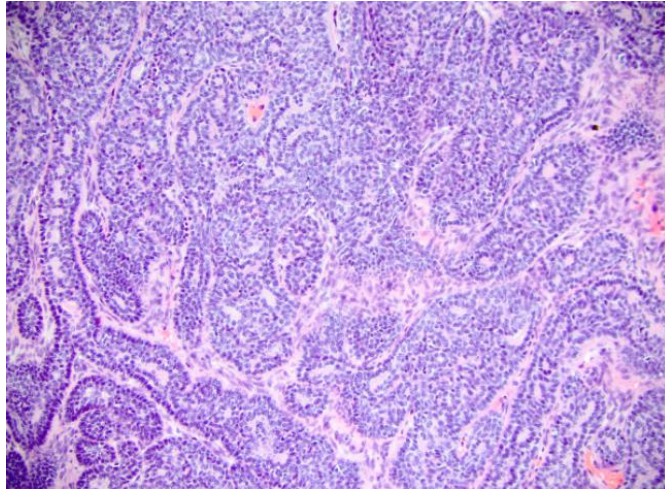


Figura 15: Nido tumoral sólido con empalizada periférica

Tomada de: Shuanzeng Wei, MD, Ph.D.

<https://www.pathologyoutlines.com/topic/salivaryglandsbasalcelladenoma.html>

El tipo trabecular tiene células basaloideas dispuestas en hebras y cordones de espesor variable, aunque a menudo bastante delgadas y estrechas. Estos cordones están separados por un estroma fibroso a veces celular. En algunas áreas, el estroma puede ser vascular y con cordones delgados y las características pueden simular un adenoma canalicular. (19)

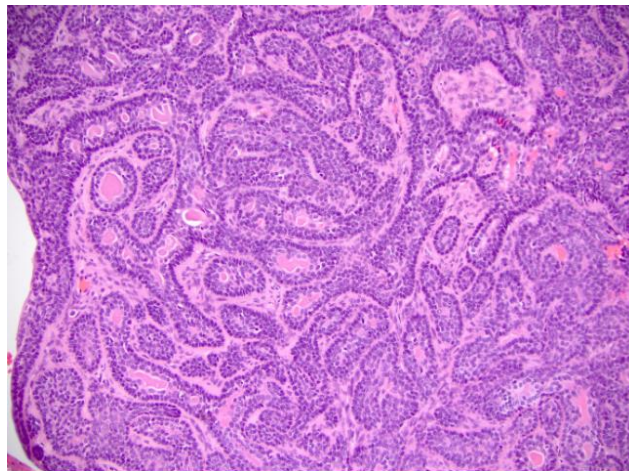


Figura 16: Trabéculas alargadas con empalizada periférica separadas por estroma celular

Tomada de: Shuanzeng Wei, MD, Ph.D.

<https://www.pathologyoutlines.com/topic/salivaryglandsbasalcelladenoma.html>

El tipo tubular de tiene hebras de células basaloides con numerosos conductos lumínicos pequeños revestidos por células cuboidales, a menudo eosinofílicas. Muy a menudo, los adenomas de células basales no son puramente trabeculares o tubulares, sino que contienen proporciones variables de ambos elementos y se denominan tubulo-trabeculares. Los tipos trabecular y tubular son más comunes que los tipos sólido y membranoso, pero a menudo los diferentes patrones coexisten. Por lo general, predomina un patrón de crecimiento y los cuatro tipos de pueden ser quísticos, y todos están bien circunscritos o encapsulados. (19)

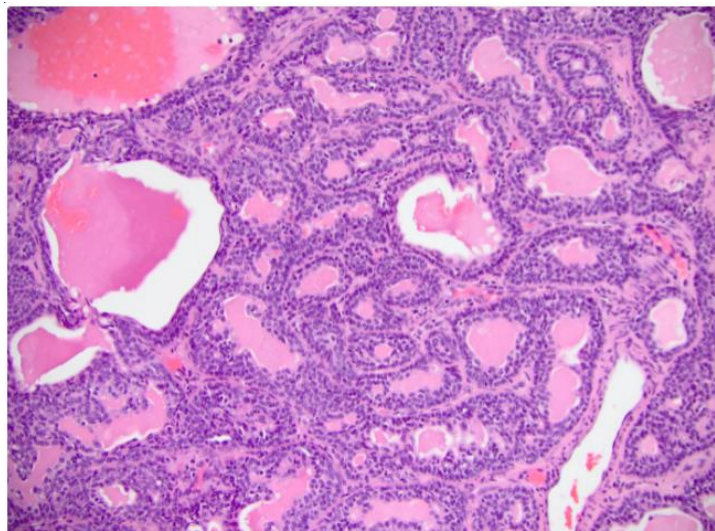


Figura 17: Túbulos revestidos de células ductales llenas de secreción

Tomada de: Shuanzeng Wei, MD, Ph.D.

<https://www.pathologyoutlines.com/topic/salivaryglandsbasalcelladenoma.html>

El adenoma de células basales membranoso se caracteriza por múltiples nidos o islas de células epiteliales basaloides que tienen una empalizada de células periféricas y una membrana basal hialina excesiva; por tanto, hay bandas gruesas de material hialino que rodean las islas epiteliales. En las islas de células se puede observar diferenciación tanto sebácea como epidermoide. Los BCA membranosos son multinodulares, a menudo multicéntricos y raramente encapsulados, por lo que se imparte un patrón de crecimiento infiltrativo a este tipo. (19)

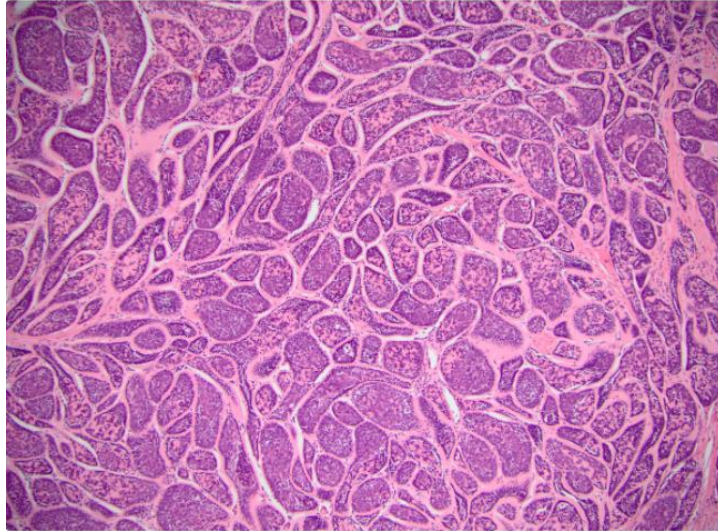


Figura18: Islas epiteliales rodeadas de material de membrana basal eosinohilica.

Tomada de: Shuanzeng Wei, MD, Ph.D.

<https://www.pathologyoutlines.com/topic/salivaryglandsbasalcelladenoma.html>

6.4 Tratamiento y pronóstico

Escisión: resección quirúrgica con un manguito de tejido salival normal como tratamiento principal. No se recomienda la enucleación debido a las mayores tasas de recurrencia local. (19)

7. Adenoma pleomorfo

El adenoma pleomorfo o tumor mixto es un tumor benigno de las glándulas salivales, que suele presentarse en las glándulas parótidas o submandibulares. Este tumor contiene elementos de origen tanto epitelial como mesenquimatoso. (24) Son los tumores más comunes (50%) de las glándulas salivales mayores y menores. El paladar se considera el sitio intraoral más común (26,68%), seguido del labio superior (10,1%) y la mejilla (5,5%). Otros sitios raros incluyen la garganta (2.5%), la región retromolar (0.7%), el piso de la boca y la mucosa alveolar. (25) Afecta principalmente a mujeres en su cuarta a sexta década de vida. (24)

7.1 Características clínicas en glándulas salivales mayores

En glándulas mayores se observa como una masa bien circunscrita de superficie lisa, usualmente rodeado por una cápsula de espesor variable que demarca bien la separación del tumor con el tejido glandular vecino. Cuando el tumor es predominantemente mixoide su superficie al corte es blanca, brillante, de alguna manera gelatinosa. Si contiene material parecido al cartílago su superficie de corte es blanca, translúcida y con una tonalidad azulada. En tumores con una larga evolución no es raro encontrar cavidades quísticas, áreas blandas de necrosis y hemorragia. (30)

7.2 Características clínicas en glándulas salivales menores

Clínicamente el adenoma pleomorfo aparece cómo un nódulo habitualmente único, de crecimiento lento e indoloro. La piel o la mucosa que lo rodea suele tener características normales, y el tumor no se adhiere a planos profundos, excepto cuando afecta al paladar duro; en estos casos puede extenderse hacia el periostio y el hueso subyacente. (28)



Figura 19: Aspecto clínico de un adenoma pleomorfo en la mucosa interna de labio superior.

Tomada de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2012000200005&lng=es&tlng=en

7.3 Características histopatológicas

adenoma pleomorfo es un tumor mixto compuesto por células epiteliales y mioepiteliales ordenadas con varios patrones morfológicos, el cual se encuentra

rodeado por una cápsula fibrosa.² Se caracteriza por una gran variedad de diversidad morfológica. Las células epiteliales están dispuestas en líneas e islas que muestran las estructuras ductales típicas de varias características epiteliales y mioepiteliales ensanchadas, claras, escamosas, basaloides, plasmocitoides, oncocíticas y sebáceas. El estroma característicamente está mezclado, con aspectos fibrosos, condroides, mixoides o hialinos. (31)

7.4 Tratamiento y pronóstico

El procedimiento de enucleación está contraindicado debido a las altas tasas de recurrencia asociadas. Actualmente, el adenoma pleomórfico de la glándula parótida se trata con parotidectomía superficial o parotidectomía total, siendo este último el procedimiento que se realiza con mayor frecuencia debido a la menor incidencia de recurrencia. (29)

Los tumores de las glándulas submandibulares se tratan con un procedimiento de escisión simple con preservación del nervio adyacente, incluida la rama mandibular del nervio trigémino, el nervio hipogloso y el nervio lingual. (29)

Cuando se encuentre en las glándulas salivales menores, debe obtenerse un margen de 5 mm. Cuando ocurren recurrencias del lecho tumoral, muestran una resistencia significativa al tratamiento, con opciones de manejo que incluyen solo monitoreo, cirugía y radioterapia (29)



Figura 20: Escisión por medio de una incisión lineal peri-lesional de un adenoma pleomorfo de glándulas menores en labio superior.

Tomada de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2012000200005&lng=es&tlng=en

El pronóstico suele ser favorable, aunque albergan un pequeño riesgo de transformación maligna. El potencial maligno es proporcional al tiempo de permanencia in situ de la lesión (1,5% en los primeros cinco años, 9,5% a los 15 años). Por lo tanto, la escisión está justificada en casi todos los casos. Otros factores de riesgo de malignidad incluyen edad avanzada, radioterapia, tumores de gran tamaño y recurrencia. (29)

8. Presentación de caso Clínico

Historia Clínica

Paciente femenino de 23 años acudió a consulta especializada debido a que presentaba “una bolita en el labio que ya se le nota”.

Los antecedentes heredofamiliares, personales patológicos fueron interrogados y negados.

Clínica

A la exploración física extrabucal se observó protrusión a nivel de tejidos blandos de labio lado izquierdo (figura 1), a la palpación se detectó un nódulo desplazable de aproximadamente 1.4 cm de eje mayor, consistencia firme, asintomático y de aproximadamente 3 años de evolución.



Figura 21. Fotografía extrabucal de la paciente donde se observa la desproporción a nivel de tejidos de labio superior.

Dada las características clínicas y con un diagnóstico diferencial de probable adenoma canalicular, se decidió realizar una biopsia excisional con fines terapéuticos, diagnósticos y de pronóstico bajo anestesia regional y utilizando la técnica de excéresis. Por vía intramucosa, realizó la disección por planos hasta localizar la cápsula de la lesión la cual se mostraba bien circunscrita (figura 2) concentrada principalmente en el plano del músculo orbicular de los labios. Finalmente se desprendió la totalidad de la lesión y se procedió a confrontar por planos.



Figura 22. Fotografía intrabucal donde en el tiempo quirúrgico de la excéresis, se observa en el nódulo que se encontraba más cargado hacia la mucosa bucal.

Producto de la excéresis se obtuvo una pieza quirúrgica bien circunscrita de color llamativamente amarillo con microlobulaciones hacia la periferia compatible con glándulas salivales menores (figura 3). Esta fue colocada en un frasco con formol al 10% para su preservación y se envió para estudio histopatológico correspondiente.



Figura 23. Fotografía macroscópica en fresco de la pieza quirúrgica obtenida tras la excéresis de la lesión.

Las medidas post-operatorias implantadas fue la indicación de ibuprofeno de 400mg durante 5 días, colocación de fomentos fríos y una dieta libre de grasas durante al menos 3 días y como antibiótico se indicó amoxicilina de 500mg cada 6 horas durante 6 días.

Estudio Histopatológico

Producto de biopsia excisional se recibió espécimen único de tejido blando el cual media aproximadamente 1.7 x 1.5 x 1.1 cm. de forma irregular, superficie lobular, color café claro con áreas amarillentas y de consistencia firme. Se entintó para delimitar bordes y de realizaron cortes longitudinales para posteriormente se incluída en la cápsula correspondiente (Figura 4).

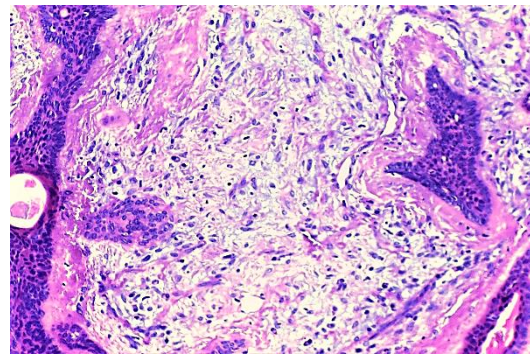
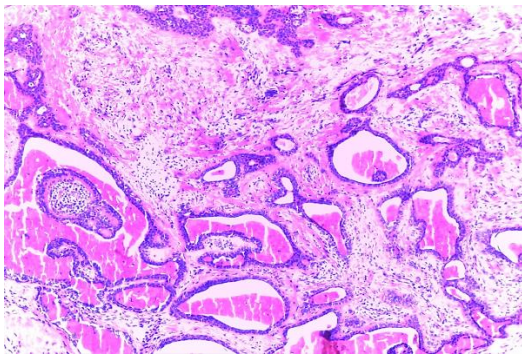
Espécimen macroscópico



• 1.7 x 1.5 x 1.1 cm

Figura 24. Fotografía macroscópica de la pieza quirúrgica fijada.

En los distintos cortes histológicos examinados se observó una proliferación neoplásica de extirpe epitelial caracterizada por formar nidos y cordones de células de morfología basaloide y cuboidal que se anastomosan y forman áreas quísticas con contenido eosinófilo y de extravasación eritrocitaria (figuras 5 y 6).



Figuras 25 y 26. Fotomicrografías teñidas con hematoxilina y eosina. Respectivamente a 100x y 200x se observa una proliferación neoplásica de extirpe epitelial formadora de espacios quísticos y conductos, estas se caracterizaron por ser de morfología cúbica a basaloide.

La muestra se caracterizó por presentar un estroma de tejido conjuntivo fibroso denso con zonas de hialinización, áreas mixoides y con formación cartilaginosa. (Figuras 7 y 8). Todo cubierto por una cápsula de tejido conjuntivo denso irregular bien constituida.

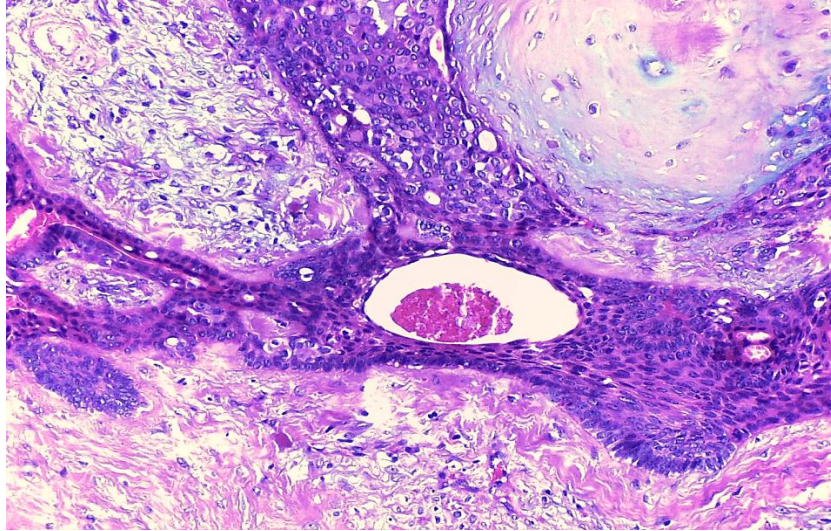


Figura 27. Fotomicrografía teñida con hematoxilina y eosina a 400X., se observa el estroma hialino y mixoide y la proliferación epitelial con formación de ductos.

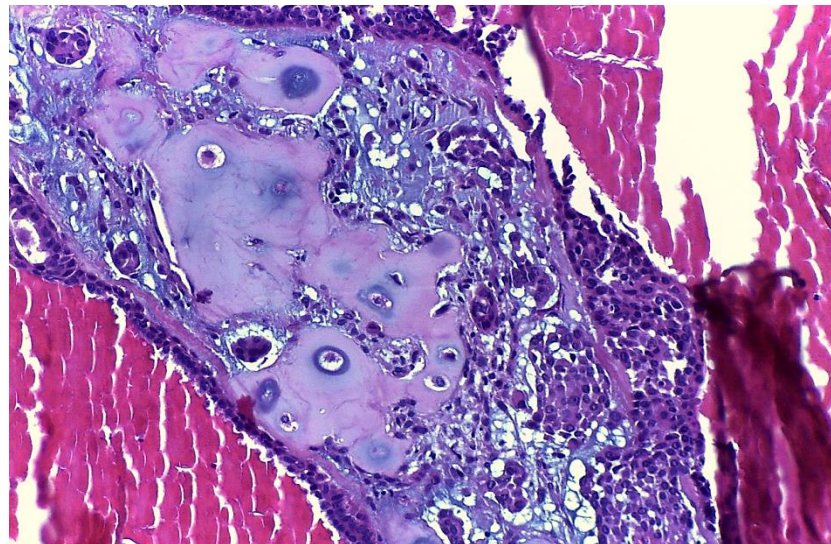


Figura 28. Fotomicrografía teñida con hematoxilina y eosina a 400X., en varios de los campos se apreció gran cantidad de material condroide.

Con la información histopatológica con correlación clínica se emitió un diagnóstico fino de neoplasia epitelial consistente con **adenoma pleomorfo** de labio superior completamente eliminado.

Con respecto al seguimiento la paciente mostró una buena cicatrización y los tejidos blandos ya no presentaban la desproporción inicial (figuras 9 y 10). Se le indicó seguimiento a mediano plazo.



Figuras 29 y 30. Fotografías intrabucal y extrabucal de seguimiento la que respectivamente se observa una buena cicatrización y armonización de tejidos blandos.

9. Conclusiones

A pesar de la baja incidencia de tumores en glándulas salivales, y su bajo grado de malignidad, su estudio constante permitirán diferenciarlo de una entidad maligna y evitar un mal tratamiento. Si bien la reincidencia parece depender mucho de la correcta remoción quirúrgica, el desconocimiento exacto de la etiología de estas patologías nos obliga a vigilar y dar seguimiento a los casos que se nos presenten y así entender mejor y estar más preparados para enfrentarnos a cualquier patología similar en el futuro.

10. Bibliografía

1. Wright JM, Vered M. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and maxillofacial bone tumors. *Head Neck Pathol.* 2017
2. Keith L. Moore y T.V.N Persaud. Embriología clínica. Séptima edición. Editorial ELSEVIER. Madrid España - 2004.
3. Patten, Bradley M. Carlson, Bruce M. Embriología básica de Patten. Editorial Mc Graw - Hill. México - 1990.
4. Rice DH, Batsakis JG, McClatchey KD. Tumor maligno de glándulas salivales posirradiación. *Arch Otolaryngol.* Noviembre de 1976
5. Kotwall CA. El tabaquismo como factor etiológico en el desarrollo del tumor de Warthin de la glándula parótida. *Am J Surg.* Diciembre de 1992
6. Mito JK, Jo VY, Chiosea SI, Dal Cin P, Krane JF. HMGA2 es un marcador inmunohistoquímico específico para adenoma pleomórfico y carcinoma ex-adenoma pleomórfico. *Histopatología.* 2017
7. Wenig BM. Neoplasms of the Salivary Glands. In: Atlas of head and neck pathology. 3a ed. Philadelphia: Elsevier; 2016
8. Yüce S, Uysal IÖ, Doğan M, Ersin T, Müderris S. Canalicular adenoma of the palate. *J Craniofac Surg.* 2012 Sep;23(5):e396-8. DOI 10.1097/SCS.0b013e31825ab388.
9. Thompson LD, Bauer JL, Chiosea S, McHugh JB, Seethala RR, Miettinen M, et al. Canalicular adenoma: a clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 67 cases with a review of the literature. *Head Neck Pathol.* 2015
10. Ferreiro JA. Canalicular adenoma. In: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. World Health Organization Classification of Tumours. Barnes L, editor. Lyon: IARC Press; 2005
11. Weiss S. Tumors and diseases of the salivary glands. *Clinical advisor.* 2011 Oct; 32-41.

12. Chan JKC, Cheuk W. Tumors of the salivary gland. In: Fletcher CDM. Diagnostic Histopathology of Tumors. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2013. p. 277-348.
13. Penner CR, Thompson L. Canalicular adenoma. *Ear Nose Throat J.* 2005 Mar;84(3):132.
14. Mansueto G, Falletti J, De Cecio R, Papa F, De Rosa G. Synchronous bilateral multifocal canalicular adenoma: a case report of an unusual finding. *Clin Exp Dermatol.* 2009 Dec;34(8):e587-9. DOI 10.1111/j.1365-2230.2009.03258.x
15. Matsuzaka K, Murakami S, Shimono M, Inoue T. Canalicular adenoma arising in the upper lip: review of the pathological findings. *Bull Tokyo Dent Coll.* 2004 Nov;45(4):229-33.
16. Hollander L, Cunningham M. Management of cancer of the parotid gland. *Surg Clin North Am* 1973; 53: 113-7.
17. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ, editors. Tumours of salivary glands. In: WHO classification of head and neck tumours, 4th ed. Lyon: IARC; 2017. p. 159–202
18. Zhao X, Wei S. Basal cell adenoma. PathologyOutlines.com website. <https://www.pathologyoutlines.com/topic/salivaryglandsbasalcelladenoma.html>.
19. Hellquist, H., Paiva-Correia, A., Vander Poorten, V., Quer, M., Hernandez-Prera, J. C., Andreasen, S., Zbären, P., Skalova, A., Rinaldo, A., & Ferlito, A. (2019). Analysis of the Clinical Relevance of Histological Classification of Benign Epithelial Salivary Gland Tumours. *Advances in therapy*, 36(8), 1950–1974. <https://doi.org/10.1007/s12325-019-01007-3>
20. Ugo Ordioni Fabrice Campana , Jean-Hugues Catherine , Romain Lan. Canalicular adenoma of the upper lip: a short case study. *Med Buccale Chir Buccale* 2017;23;190–191
21. Stramandinoli-Zanicotti, RT, Cesa, DT, Giustina, DJ, Bahr, JA, Schussel, JL y Sassi, LM (2016). Adenoma canalicular de glándula salival menor en labio superior: relato de caso.2016

22. M.J. Cisternas Bittencourt, E. de la O Corrochano, M.R. de Saa Álvarez. PATOLOGÍA TUMORAL DE LAS GLÁNDULAS SALIVARES. LARINGE Y PATOLOGÍA CÉRVICO-FACIAL. Libro virtual de formación en ORL. Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres.
23. Ben Abdeljelil N, Masmoudi M, Thabet W, et al. Basal cell adenoma of the parotid gland: A rare entity. *Ear, Nose & Throat Journal*. September 2021.
24. Kaur S, Thami GP, Nagarkar NM. Adenoma pleomórfico del paladar duro. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2003; 69 : 74–5.
25. Dalati T, Hussein MR. Adenoma pleomórfico juvenil de la mejilla: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Diagn Pathol*. 2009; 4 : 32
26. Eveson JW, Cawson RA. Tumores de las glándulas salivales menores (orofaríngeas): un estudio demográfico de 336 casos. *J Oral Pathol*. 1985
27. Carrillo Terán, Erick, & Miranda Villasana, Ernesto. Lip pleomorphic adenoma. *Revista odontológica mexicana*, 16(2),2012
28. Clauser L, Mandrioli S, Dallera V. Pleomorphic adenoma of the palate. *J Craniofac Surg* 2004;15:1026-9.
29. Bokhari MR, Greene J. Adenoma pleomórfico. [Actualizado el 10 de julio de 2021]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 enero-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430829/>
30. Ellis, Gary; Auclair, Paul; Gnepp, Douglas. Surgical Pathology of the Salivary Glands. Philadelphia. W.B. Saunders Company. 1991
31. Takahama A Jr, da la Cruz PD, Magrin J, de Almeida OP, Kowalski LP. Giant pleomorphic adenoma of the parotid gland. *Med Oral Patol Or Oral Cir Bucal*. 2008; 13 (1): E58-60.
32. Enrique Ruiz Veguilla, Andrés Barrios Recio, Félix Díaz Caparros. PATOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES. Libro virtual de formación en ORL.SEORL.
33. MSc.Dr.Orlando Lázaro Rodríguez Calzadilla, MSc.Dr.Oviedo Pérez Pérez, MSc.Dra.Aileneg Rodríguez Aparicio, MSc.Dr.Bienvenido Mesa Reinaldo.

- Afecciones Clínico Quirúrgicas de Glándulas Salivales. Facultad De Ciencias Médicas. Provincia Mayabeque. 2013
34. DORIS ROSERO-SALAZAR, Enf. , FREDDY MORENO-GÓMEZ, O.D. DESCRIPCIÓN HISTOLÓGICA DE LAS GLÁNDULAS SALIVARES MAYORES. Revista Gastrohnap, Volumen 16 Número 1: 23-36, (enero-abril) 2014
 35. Juan Enrique Berner, Patrick Will, Rodrigo Loubies, Pedro Vida. Physical examination of the oral cavity. Medicina Cutanea, Universidad Ibero-Latino-Americana. 2016
 36. Francisco López, Osvaldo Vásquez, Jorge Ocampo-Candiani. Reconstrucción del labio. Dermatología Cosmética, Medica y Quirúrgica. Edición Enero. 2015
 37. Lazard Lunar, Janet. (2000). Lesiones reactivas de la Cavidad Bucal. *Acta Odontológica Venezolana*, 38(1), 78-79. Recuperado en 05 de diciembre de 2021, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652000000100015&lng=es&tlng=es
 38. López-Labady J. Estudio epidemiológico del Fibroma Traumático en una muestra de la población venezolana durante el periodo 1991-2001. *Act Odontol Venez* 2009; 47(3):1-7
 39. Moret Yuli, López-Labady Jeaneth, Cuberos Mara, Camacho Anadina, González José María. Fibroma traumático: dos presentaciones clínicas una misma entidad. *Acta Odontologica venezolana*. 2012
 40. Rotario, H. Coi, J.Y. Hong, S.P. Lee, Y.C. Yun, K.I. Kim, S.G. Transforming growth factor – alpha and oral fibroma. Immunohistochemical in situ hybridization study. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;6(12): 1449-54
 41. Speight PM, Barrett AW: Salivary gland tumours. *Oral Dis* 8 (5): 229-40, 2002.