



**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES
IZTACALA U.N.A.M.**

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

**"TUMORES DE LAS
GLANDULAS SALIVALES"**

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

P r e s e n t a :

EFRAIN PALMA URIARTE



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.

I N D I C E

	Página Núm.
PROLOGO.....	2
GENERALIDADES.....	4
RESUMEN.....	5
CAPITULO I.- ESTRUCTURA Y LOCALIZACION DE LAS GLANDULAS SALIVALES.....	6
CAPITULO II.- IMPORTANCIA DE LA BIOPSIA EN EL DIAGNOSTICO.....	12
CAPITULO III.- NEOPLASIAS BENIGNAS.....	15
CAPITULO IV.- NEOPLASIAS MALIGNAS.....	31
CAPITULO V.- INVESTIGACION ESTADISTICA.....	50
CONCLUSIONES.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	60

P R O L O G O

Durante la práctica de mi carrera, una de las afecciones orales que - mayormente me impresionó fué la presencia de tumoraciones en las glándulas salivales. Esa inquietud me lleva hoy a realizar en esta tesis, una investigación que me permita conocer a fondo la patología del padecimiento.

Es bien sabida la importancia que estas glándulas tienen durante la masticación, deglución y digestión de las sustancias alimenticias, así como también es conocida la patología que las afecta y su repercusión en el organismo. Debido a ello, el exámen clínico de la cavidad bucal no debe quedar limitado a los dientes y tejidos de sostén sino que debe comprender todos los órganos y estructuras - propias de la cabeza y el cuello.

En la mayoría de los casos las glándulas salivales pasan inadvertidas, dándoles importancia únicamente cuando se presenta alguna alteración que ocasione dolor o deformación facial en el paciente.

Dichas glándulas se ven afectadas por innumerables padecimientos que

se manifiestan de diversas maneras debido a su localización anatómica. Algunas de ellas son de esencial importancia desde el punto de vista patológico ya que pueden resultar alarmantes y molestas para el enfermo.

Como la información que recibimos durante los años de estudio y práctica universitarios es muy escasa en lo que se refiere a las diversas tumoraciones que se presentan en las glándulas salivales, es mi intención aumentar tales conocimientos.

La finalidad que persigo al elaborar esta tesis, es que el Cirujano Dentista al igual que cualquier otro médico especializado, lleve a cabo mediante una historia clínica completa, un diagnóstico acertado de cualquier alteración de estos órganos.

El empeño puesto para la realización de este trabajo sólo se verá compensado, si logro al menos una mínima parte ayudar al clínico al diagnóstico precoz de estas neoplasias y obtener así, mejores planes de tratamientos ampliamente satisfactorios.

GENERALIDADES

Tomando en consideración que deseamos analizar las tumoraciones de las glándulas salivales, inicialmente describo la estructura y localización y clasificación así como la función de cada una de ellas.

Para poder determinar con mayor precisión los tumores que afecta a las glándulas salivales se lleva a cabo la biopsia. Esta es la razón por la que se hace la referencia en el capítulo II.

Posteriormente, se analizan con profundidad las tumoraciones benignas y malignas.

Ya para finalizar, en el capítulo V se describe la metodología empleada en la investigación estadística que se realizó en el Centro Hospitalario "20 de Noviembre", -- con el fin de determinar el sexo, la edad y el tipo de neoplasias que se presentan con mayor frecuencia.

R E S U M E N

Las neoplasias de las glándulas salivales representan el 1.79% de todos los tumores.

Se revisaron 102250 reportes de biopsias y piezas quirúrgicas encontrándose 184 tumores primarios de glándulas salivales; predominando el Adenoma Pleomorfo Benigno en 47.82%.

Se hace una correlación anatomoclínica enfocada a la frecuencia de las diferentes variedades histopatológicas, distribución según edad, sexo y comparación del diagnóstico clínico con el diagnóstico histopatológico.

CAPITULO I.

ESTRUCTURA Y LOCALIZACION DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Se localizan en la cavidad bucal numerosas glándulas salivales cuya principal función es la elaboración y secreción de la saliva, líquido alcalino y viscoso que humedece la mucosa bucal, facilitando la masticación y deglución del bolo alimenticio.

Numerosas glándulas se encuentran diseminadas en el revestimiento mucoso de las paredes de la cavidad bucal propiamente dicha; toda la región orofaríngea se cubre de pequeñas glándulas con la excepción de la porción anterior del paladar duro y de las encías.

Las glándulas salivales pueden clasificarse como sigue:

1) De acuerdo a su localización; en glándulas del vestíbulo (labiales y bucales) aquéllas que se encuentran en la cavidad bucal propiamente dicha (Parótida, Submaxilar, Sublingual, Palatinas y Linguales).

2) En relación a su tamaño:

Mayores: Parótida, Submaxilar y Sublingual.

Menores: Numerosas glándulas pequeñas distribuidas en la mucosa y submucosa de la cavidad oral.

3) Según la naturaleza de su secreción:

Serosas: (albuminosas) producen una secreción acuosa que contiene proteínas. Entre estas se cuentan la parótida y las glándulas linguales de las papilas calciformes.

Mucosas: secreción viscosa conteniendo mucina. A este grupo pertenecen - las glándulas palatinas, las de las mejillas y el resto de las linguales.

Mixtas: Aquellas de secreción mucosa y serosa a la vez figuran entre estas; la submaxilar, la sublingual y las labiales.

Las glándulas salivales están formadas por los siguientes elementos:

1.- Tejido conjuntivo que forma una cápsula y se prolonga como tabiques o bandas hacia la glándula propia, dividiéndola en lóbulos y por subdivisión subsecuente, en lobulillos. Llevan los conductos, los vasos sanguíneos y linfáticos, y los nervios de las glándulas.

2.- Conductos. En el tejido conjuntivo de la glándula. Los conductos -- más grandes se dividen en conductos de calibre progresivamente menor. De este modo, se forma un sistema complejo y sus ramas más pequeñas se encuentran unidas con las - porciones terminales secretorias de la glándula.

3.- Células secretorias. Están localizadas en las porciones terminales que a su vez se encuentran dentro de los lobulillos de la glándula.

Glándula parótida. - Es la más grande de las glándulas salivales y su porción superficial se localiza frente del oído externo, mientras que su parte profunda llena - la fosa retromaxilar. El conducto excretorio principal (de Stenon). Se abre hacia la cavidad bucal, sobre la mucosa de la mejilla frente al segundo molar superior, es de tipo seroso puro.

Glándula submaxilar.- La mayor parte de la glándula submaxilar está localizada en el triángulo submaxilar, por detrás y debajo del borde libre del músculo milohiideo. Una extensión de la glándula, como lengüeta, se encuentra habitualmente por arriba del músculo milohiideo, cerca de las glándulas sublinguales. El conducto excretor principal (conducto de Wharton) se abre mediante un orificio estrecho sobre la punta de una papila pequeña, la carúncula sublingual, situada al lado del frenillo lingual del piso de la boca. La glándula submaxilar es tubulo acinosa compuesta, de tipo mixto, con predominio de elementos serosos.

Glándulas sublinguales. Están localizadas en el piso de la boca, en el pliegue sublingual. Están compuestas por una glándula grande y varias pequeñas. El conducto secretorio principal de la grande (conducto de Bartholin) se dirige a la cavidad bucal, cerca del conducto de la submaxilar, pero independientemente de él. La glándula sublingual mayor es tubulo acinosa compuesta, de tipo mixto, aquí predominan los elementos mucosos, las glándulas sublinguales más pequeñas son de carácter mucoso.

Glándulas labiales.- Las glándulas labiales, localizadas cerca de la superficie interna de la boca, son de tipo mixto tienen tamaño variable, están íntimamente dispuestas en la submucosa, donde se pueden palpar fácilmente. No están encapsuladas. Las porciones terminales pueden contener tanto células serosas como mucosas.

Glándulas bucales menores.- Las glándulas bucales, continuación de las labiales de la mejilla, se parecen mucho a las de los labios. Las glándulas encontradas en la vecindad inmediata de la desembocadura del conducto parotideo y que drenan hacia la región del tercer molar son designadas a menudo glándulas molares. Se encuentran frecuente

mente sobre la superficie externa del músculo buccinador.

Glándulas glosopalatinas.- Estas son de tipo mucoso puro. Se encuentran localizadas en la región del istmo y son una continuación, hacia atrás de las glándulas sublinguales menores. Ascenden en la mucosa del pliegue glosopalatino. Se encuentran circunscritas al pilar anterior de las fauces, o pueden extenderse hasta el paladar blando para fusionarse con las glándulas palatinas propias. También puede verse en el lado lingual de la zona retromolar del maxilar inferior.

Glándulas palatinas.- Ocupan el techo de la cavidad bucal y pueden dividirse topográficamente, en las del paladar duro, las del paladar blando y de la úvula. Están compuestas de conglomerados glandulares independientes en número de 250 aproximadamente en el paladar duro, 100 en el paladar blando y 12 en la úvula. En la zona posterior del paladar duro se encuentran entre la mucosa y el periostio, sostenidas por un armazón denso de tejido conjuntivo. Las glándulas palatinas son de tipo mucoso puro y los conductos intercalares son cortos.

Glándulas de lengua.- Se dividen en linguales anteriores y posteriores. La glándula lingual anterior (de Blandin Nuhn) se encuentra en el espesor de la musculatura de la cara inferior de la lengua, junto a la línea media, cerca de la punta. La parte anterior de esta glándula es de carácter mucoso principalmente y la parte posterior consiste de túbulos ramificados limitados con células mucosas y cubiertas con semilunas de células serosas. Las glándulas linguales posteriores están situadas en la base (raíz) de la lengua en la vecindad de papilas circunvaladas y son de variedad mucosa pura.

Las glándulas de las papilas circunvaladas (de Von Ebner), son serosas puras, - se abren sobre la fosa de las papilas circunvaladas y su secreción sirve probablemente para lavar los pliegues de las papilas.

CAPITULO II.

IMPORTANCIA DE LA BIOPSIA EN EL DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de los tumores de las glándulas salivales se hace a partir de historia clínica, la palpación, la sialografía, el examen radioisotópico, y la imagen histológica. Algunas ocasiones el análisis químico de saliva puede ser de ayuda.

El nivel de sodio y proteínas en la saliva están elevados en los procesos inflamatorios pero son normales en las neoplasias de las glándulas salivales.

La biopsia es un procedimiento de suma importancia en el diagnóstico de las enfermedades de la mucosa bucal.

También se conoce con este nombre al procedimiento usado para la extirpación de un fragmento vivo de tejido a los efectos de realizar su estudio histopatológico, en oposición a la necropsia que se estudia tejidos de individuos muertos.

Es preferible que la biopsia la realice un cirujano competente:

- 1) En aquellos casos en los cuales la lesión es obviamente maligna y el encuentro histológico puede marcar una gran diferencia en cuanto a la elección del procedimiento adoptado.
- 2) Cuando en aquellos tumores de glándula parótida no se tiene seguridad acerca del diagnóstico y se impone el sacrificio del nervio facial.

Las lesiones de glándulas submandibulares por lo regular tienden a ser malignas y requieren cirugía amplia.

Lo más deseable es que la biopsia incisional se reserve para las situaciones -- descritas en los párrafos anteriores y para el resto de tumores deberá efectuarse una remo ción completa de la lesión con amplios márgenes de seguridad.

SEXO Y EDAD.- El sexo juega un papel variable, en los distintos tumores de las glándulas salivales. En conjunto, no obstante, las mujeres se afectan más a menudo que los hombres. La mayoría de los tumores de las glándulas salivales aparecen en las - edades de 30 a 60 años. En general, los tumores benignos se producen en grupo de edad más joven que los tumores malignos.

CAPITULO III.

NEOPLASIAS BENIGNAS.

ADENOMA PLEOMORFO (TUMOR MIXTO)

El adenoma pleomorfo es el tumor más frecuente de las glándulas salivales, integrado cerca del 70% de los tumores de las series más extensas.

El término "adenoma pleomorfo" sugerido por Willis, caracteriza acertadamente el cuadro histopatológico poco común de la lesión.

Es casi general el acuerdo acerca de que este tumor no es "mixto" en el verdadero sentido de ser teratomatoso o derivado de más de un tejido primario. Sólo el elemento epitelial es neoplásico y los otros representan el estroma metaplásico.

El adenoma pleomorfo es un tumor esencialmente benigno de las glándulas salivales, de crecimiento lento habitualmente bien delimitado.

Dos tipos de células determinan su estructura pleomórfica: una hilera epitelial interna de células, que contiene todas las formas de crecimiento de las células epiteliales (cuboidales, alargadas, escamosas) y una capa externa delgada de células miopiteliales cuya histogénesis es epitelial.

A veces puede parecer que el tumor sea de origen conjuntivo.

Sus espacios intercelulares están rellenos de sustancia intercelular y de pseudomucina del tejido conectivo que algunos casos se calcifica e incluso se osifica y existe a menudo formación de pseudo cartílago.

HISTOGENESIS.- Aunque se han elaborado muchas teorías para explicar la histogénesis de este tumor, la evidencia indica que nace por crecimiento anormal del epitelio glandular adulto con transformación gradual en las diversas estructuras que caracterizan a esta lesión. Algunos investigadores opinan que las células neoplásicas se originan en el epitelio inmaduro y no en el adulto. Ellos postulan un desarrollo anormal del esbozo glandular que normalmente hubiera evolucionado para formar parte del parénquima, pero en cambio forma segmentos embrionarios separados. Aunque tal epitelio indudablemente tendría propiedades proliferativas notables. La posibilidad de un origen del tejido conectivo fue sugerido principalmente sobre la base del estroma desusado del adenoma pleomorfo. Esta teoría fue abandonada, como también lo fue la teoría del enclavamiento, que ubica el origen de esta lesión en los restos embrionarios vestigiales enclavados, especialmente los del esbozo branquial, retenidos en la región de las glándulas salivales. La única teoría además, de la anterior que tendría algún fundamento es la de origen en el endotelio, y en la cual se explica el estroma desusado como debido a la metaplasia. También esta teoría fue universalmente desechada.

En la actualidad, la mayoría de los investigadores opinan que este tumor se origina por transformación neoplásica del epitelio glandular adulto, más probablemente el epitelio del conducto.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Entre las glándulas salivales principales, la parótida es la localización más común del adenoma pleomorfo. Puede aparecer, no obstante en cualquiera de las glándulas principales o en las accesorias distribuidas en toda la boca. Es algo más frecuente en las mujeres que en los hombres con una relación aproximada de 6:4, aunque no todas las series registran esta leve diferencia. La gran -

parte de las lesiones se dan en pacientes entre la cuarta y la sexta década, pero también son relativamente comunes en adultos jóvenes y se sabe que aparecen en niños.

El paciente suele relatar la aparición de un nódulo pequeño, indoloro e inactivo que en forma lenta comienza a aumentar de tamaño a veces con crecimiento intermitente.

Suele ser una lesión nodular irregular de consistencia firme aunque a veces se palpan zonas de degeneración quística cuando son superficiales. Es raro que la piel se ulcere pese a que estos tumores alcanzan un tamaño enorme.

El dolor no es un síntoma común del adenoma pleomorfo, pero el malestar local es frecuente.

La lesión del nervio facial manifestada por la parálisis facial es rara, como podría esperarse de un tumor benigno de la glándula parótida.

Dificulta la masticación, la fonación y la respiración del paciente cuando está ubicado intraoralmente.

Las glándulas palatinas son el asiento frecuente de tumores de este tipo, como lo son las glándulas de los labios y ocasionalmente otros sitios, el tumor suele moverse libremente y es fácil de palpar.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.- En este grupo de lesiones existe una mayor variación que en la mayoría de los otros tipos de tumores de glándulas salivales

les. En realidad el cuadro histológico diverso de esta neoplasia es una de sus características más típicas. Algunas zonas presentan células cuboideas dispuestas en estructuras tubulares o ductiformes que tienen una notable semejanza con el epitelio normal del conducto. No es raro que estos espacios ductiformes contengan un coágulo eosinófilo. Suele haber proliferación epitelial en cordones o capas alrededor de estas estructuras tubulares. En otras zonas las células tumorales adoptan una forma estrellada, poliédrica o ahuecada y pueden ser relativamente escasas. Las células epiteliales pavimentosas son bastante comunes y presentan típicos puentes intercelulares y a veces verdaderas perlas de queratina. El material mixoide laxo suele ser un rasgo predominante de la lesión y son comunes los focos de tejido conectivo hialinizado o material de aspecto cartilaginoso y -- hasta hueso.

Finalmente es posible obtener, por zonas un material mucoide originado en -- las células epiteliales. El tumor está siempre en cápsulado, aunque en la cápsula conectiva es frecuentemente la presencia de células tumorales.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento aceptado para este tumor -- es la extirpación quirúrgica.

Algunos cirujanos prefieren enuclea el tumor, mientras otros, particularmente en el caso de las lesiones parotídeas, prefieren eliminar todo el lóbulo afectado. Las lesiones intrabucales se tratan por lo común mediante la excisión extracapsular conservadora. La irradiación con rayos X depara pocos beneficios y por lo tanto está contraindicado que se corre el peligro de que halla transformación maligna cuando se utiliza la adioterapia. En el pasado la recidiva de los tumores mixtos benignos de todas las loca

lizaciones eran un hallazgo clínico común, probablemente porque en la cápsula de la lesión, las células tumorales son tan frecuentes que pueden quedar pequeños nidos en el tejido después de la enucleación.

Si se comprueba que hay invasión capsular, por lo general alcanza con una excisión algo más amplia con eliminación de un margen de tejido normal y de la mucosa suprayacente en el caso de las lesiones intrabuccales, para evitar la recidiva.

CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO (TUMOR DE WARTHIN)

Este tipo raro de tumor glandular salival se da exclusivamente en la glándula parótida, aunque se han comunicado algunos casos en la glándula submaxilar. La afectación de las glándulas salivales accesorias intrabucales es rara.

HISTOGENESIS.- Se han propuesto muchas teorías para explicar la peculiar naturaleza de este tumor que fueron revisados en detalle por Little. Se ha sugerido que se producen por:

- a) Proliferación del tejido salival glandular heterotópico de los ganglios linfáticos en la zona de la glándula parótida.
- b) Desarrollo heterotópico de la mucosa de la trompa de eustaquio.
- c) Restos de los arcos branquiales.
- d) Un esbozo endodérmico faríngeo heterotópico de los ganglios linfáticos en la vecindad de la glándula parótida.
- e) Esbozo tímico.
- f) Endotelio linfático metaplásico.
- g) Oncocitos de los conductos de las glándulas salivales.
- h) Inclusiones orbitarias de las cuales derivan las glándulas salivales de algunos carnívoros.

Chaudhry y Gorlin llevaron a cabo una amplia revisión de 357 casos de cistadenoma papilar linfomatoso, mientras Bernier y Bhaskar revisaron 186 casos de lesiones linfoepiteliales de las glándulas salivales, que incluían aquellos. Los dos grupos de investigadores concluyeron que casi con certeza este tumor se origina en el tejido hetero-

tópico de glándulas salivales atrapado o incluido en los ganglios linfáticos durante la -
embriogénesis. Ahora, casi todos los autores aceptan este punto de vista.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El cistadenoma papilar linfomatoso presenta -
una definida predilección por los varones, 5.1; la edad promedio de los pacientes en el
momento de descubrirse la lesión era 56 años; el 82 por 100 de los pacientes contaban
entre 41 y 70 años de edad, con una duración promedio de los síntomas de 3 años.

Alrededor de 7 por 100 de 210 casos revisados por Chaudhry y Gorlin, en los
cuales se mencionó la localización, los tumores eran bilaterales.

El tumor suele ser superficial y se halla inmediatamente debajo de la cápsula
parótida o protruye através de ella. Rara vez esta lesión alcanza un tamaño que excede
unos 3 a 4 cms. de diámetro.

En general no es dolorosa, es firme a la palpación e indistinguible de otras
lesiones benignas de la glándula parótida.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Este tumor consta de dos componentes
histológicos, epitelio y tejido linfático. Como lo indica su nombre la lesión es en esen-
cia, un adenoma que presenta formación quística con proyecciones papilares hacia los -
espacios quísticos y una matriz linfoidea que tiene centros germinales.

Las células epiteliales que cubren las proyecciones papilares son columnares -
o cuboideas, dispuestas en dos hileras aunque la capa interna puede tener varias célu--

las de espesor. Estas células son eosinófilas y contienen núcleos hipercromáticos o picnóticos y abundante cantidad de mitocondrias.

Es frecuente la presencia de un coágulo eosinófilo dentro de los espacios quísticos que aparecen como un líquido de color achocolatado en las muestras macroscópicas.

El componente linfoide es abundante y la mayor parte de los investigadores lo consideran un elemento pasivo. En el proceso neoplásico, que representan simplemente el tejido linfoide normal del ganglio linfático dentro del cual está atrapado el tejido glandular salival que da origen a la neoplasia.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento aceptado para el citadenoma papilar linfomatoso es la excisión quirúrgica. Esta puede ser realizada casi invariablemente sin lesionar el nervio facial, en particular porque la lesión suele ser pequeña y superficial. Estos tumores están bien encapsulados y raras veces recidivan una vez eliminados.

ADENOMA OXIFILO (ONCOCITOMA)

El adenoma oxifilo es una lesión benigna, de crecimiento lento, compuesto por células que tienen un citoplasma acidófilo y un pequeño núcleo marginal como (picnocitos) o oncocitos. Este tumor es raro de las glándulas salivales que suele originarse en la glándula parótida.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El adenoma oxifilo es algo más común en mujeres que en varones y se origina casi exclusivamente en personas maduras y en ancianas, a veces este tumor aparece antes de los 60 años y el 80 por 100 se registran entre los 51 y 80 años. El tumor mide entre 3 y 5 cm. de diámetro y es una masa circunscrita y encapsulada, que puede ser nodular. Por lo general no hay dolor.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El adenoma oxifilo se caracteriza microscópicamente por grandes células con citoplasma eosinófilo y membrana celular nítida, que tienden a disponerse en hileras o cordones estrechos. A veces, las células se agrupan por capas y pueden ofrecer una forma alveolar o lobulillar. Estas células, que tienen pocas figuras mitóticas, están muy apretadas y el estroma de sostén es escaso. Suele haber tejido linfoide, pero no aparece como parte integral de la lesión. A veces es posible observar una variante del adenoma oxifilo en las glándulas salivales intrabucuales, particularmente en la mucosa vestibular y el labio superior. Esta variante ha sido denominada cistadenoma oncocítico porque es un nódulo de aspecto tumoral compuesto fundamentalmente de abundantes estructuras dilatadas, semejantes a conductos a quistes, tapizadas de oncocitos.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento adecuado es la extirpación quirúrgica y el tumor no tiende a recaer ni a experimentar transformación maligna.

ADENOMA CANALICULAR

El adenoma canalicular es tumor glandular salival benigno característico que fue reconocido como entidad hace muy pocos años.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Esta lesión se origina casi exclusivamente en el tejido de las glándulas salivales accesorias intrabucales y en la vasta mayoría de los casos, se presenta en el labio superior. Sin embargo, se sabe de casos que en la lesión se dio también en el paladar y mucosa vestibular. El tumor es mucho más común en pacientes mayores de 60 años de edad, pero no tiene predilección particular por sexo o por raza.

El tumor suele presentarse como un nódulo firme, bien circunscrito, de crecimiento lento, particularmente en el labio; no es fijo y puede ser desplazado dentro del tejido hasta una cierta distancia.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El adenoma canalicular posee un cuadro notablemente característico: se compone de largos cordones de células epiteliales, casi invariablemente dispuestas en doble hilera y que suele presentar una "pared mediana" en algunos casos, el tumor es sólido con cordones largos de células tumorales muy apretadas; en otros, estos cordones forman estructuras con apariencia de conductos, los cuales suelen estar llenos de un coágulo eosinófilo.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tumor debe de ser tratado por extirpación quirúrgica; la recidiva es rara.

ADENOMA DE CELULAS SEBACEAS

Este tumor, que se origina en la glándula parótida, es tan raro que no justifica una explicación extensa. Asimismo, McGavran y colaboradores describieron una variante conocida como linfadenoma sebáceo de la glándula parótida. Pueden preguntarse sin embargo, si estos "tumores" no sería simplemente heterotopias hiperplásticas de las glándulas sebáceas una forma de coristoma. En cualquiera de los casos, la mayoría de estas lesiones son benignas y han de tratarse como tales.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Muchos de los tumores han tenido un diámetro de varios centímetros. Han sido de consistencia dura, encapsulado y al corte de color gris amarillento. Un exámen detenido descubre numerosos quistes pequeños. Al microscopio, el linfadenoma sebáceo consta de glándulas sebáceas y conductos dentro de una estroma linfoide que contiene a menudo folículos reactivos.

A menudo los conductos se llenan de grasa que los distiende. En algunas lesiones se han hallado quistes llenos de lípidos delimitados por un epitelio escamoso poliestratificado plano.

El tumor representa probablemente inclusiones metaplásicas proliferativas de conductos salivales dentro de los nódulos linfoides que están incorporados a menudo a las glándulas parótidas.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tumor debe de ser tratado por extirpación quirúrgica; la recidiva es rara.

LESIÓN LINFOEPITELIAL BENIGNA

Esta particular lesión de las glándulas salivales es bastante rara, pero muy interesante en el sentido que presenta características inflamatorias y tumorales. No hay a la fecha, unanimidad de opinión acerca de la naturaleza de la enfermedad; Bernier y Bhaskar, al revisar las lesiones linfopiteliales de las glándulas salivales, concluyeron que la lesión linfopitelial benigna, a veces conocida como enfermedad de Mikulicz, no es un neoplasia ni una lesión en la cual el epitelio desempeña un papel agresivo o dominante. En cambio, dicen que esta lesión representa nada más que la hiperplasia de los ganglios linfáticos, de origen infeccioso local por lo menos en algunos casos, que se extiende y de forma la arquitectura normal de las glándulas salivales y que en realidad produce "sialolinfadenitis", son enfermedades autoinmunes en las cuales las propias glándulas salivales del paciente se vuelven antigénicas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- La lesión linfopitelial benigna se manifiesta, en esencia como un agrandamiento unilateral o bilateral de las glándulas parótidas y submaxilar, o ambas asociadas en algunos casos con malestar local leve dolor y xerostomía ocasional.

El comienzo de la lesión está a veces, combinado con fiebre, infección de las vías respiratorias superiores, infección bucal, extracción dental o algún otro trastorno inflamatorio local.

Con frecuencia, hay agrandamiento difuso, de contorno irregular a veces, exis

te una historia de aumento y disminuciones alternadas del tamaño de la masa tumoral -- puede ser de algunos meses o de muchos años. En ocasiones, también están agrandadas las glándulas lagrimales.

Es más frecuente en las mujeres, particularmente en la mitad de la vida o más adelante. En algunas series, el 85 por 100 de los pacientes son mujeres.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.— Esta enfermedad se caracteriza por la -- infiltración linfocitaria ordenada del tejido de las glándulas salivales, que destruye o -- reemplaza los acinos, con persistencia de células epiteliales que probablemente son restos de conductos glandulares. Aunque el elemento linfoide suele ser difuso a veces hay verdaderos centros germinales. El epitelio puede consistir en conductos que tienen proliferación celular y pérdida de la polaridad o, cuando la enfermedad persiste, nido racimos -- compactos de células epiteliales mal definidas. Otra característica que también se halla en lesiones avanzadas es el depósito de material hialino eosinófilo en las islas epiteliales.

Habrá que poner mucho cuidado en establecer la diferencia entre el tumor linfocitoma benigno y un linfoma maligno de las glándulas salivales. En la última enfermedad, las islas epimioepiteliales faltan, en el elemento linfoide es atípico y hay infiltración de los tabiques interlobulillares con tejido linfoide. Por otra parte las islas epimioepiteliales puede ser tomadas por un carcinoma metastático. Otras lesiones similares desde el punto de vista histológico que han de ser tenidas en cuenta en el diagnóstico -- diferencial son la sialadenitis crónica, el cistadenoma papilar linfomatoso y la uveoparotiditis.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- Esta lesión linfoepitelial ha sido tratada mediante la extirpación quirúrgica y la irradiación con rayos X. En cualquiera de los casos, el pronóstico es excelente; aunque la lesión puede recidivar, la muerte no es secuela de la enfermedad.

CAPITULO IV

NEOPLASIAS MALIGNAS.

ADENOMA PLEOMORFO MALIGNO

A veces sucede que los tumores de las glándulas salivales tienen un cuadro -- histológico benigno, pero dan metástasis a manera de una lesión primaria o, aunque se asemejen al adenoma pleomorfo benigno, presentan zonas citológicamente malignas. Estas lesiones raras han de ser clasificadas como adenomas pleomorfos malignos.

No es seguro que estos tumores sean lesiones previamente (benignas) que se han transformado en tumores malignos o son lesiones malignas desde un comienzo. La edad - promedio de los pacientes con adenomas pleomorfo maligno es uno a diez años superior a la de los pacientes con la forma benigna. Esta diferencia dejaría tiempo para la trans-- formación maligna. Además, Foote y Frazell sostienen que los pacientes con la lesión - maligna suelen presentar una historia de una masa de muchos años de existencia que solo recientemente experimentó un aumento notable del ritmo de crecimiento.

Los tumores malignos son de crecimiento rápido súbito en tumores de mucho - tiempo.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.- En algunos adenomas pleomorfos ma-
lignos el componente maligno prolifera mucho más que el benigno, de modo que resulta -
difícil observar zonas histológicamente benignas. En otros, el grueso de la lesión es be-
nigna y es posible encontrar focos malignos solo después de una búsqueda diligente. Por
esta razón, es necesario hacer el estudio cuidadoso de todos los tumores glandulares sali-
vales supuestamente benignas y el patólogo ha de poner especial atención en el examen

de preparados pertenecientes a varias porciones de tejidos tomados de muchas zonas del tumor.

No han quedado totalmente establecidos los criterios específicos para reconocer un tumor "mixto" maligno. Sin embargo, parecen incluir los cambios nucleares que habitualmente se consideran indicadores de malignidad (hipercromatismo y pleomorfismo nucleares, aumento o anomalía y citoplasma); invasión de vasos sanguíneos, linfáticos o nervios; necrosis focal e infiltración periférica obvia y destrucción del tejido normal.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento del adenoma pleomorfo maligno no es esencialmente quirúrgico, aunque a veces lesiones que manifiestan una tendencia a la recidiva local, son tratadas mediante la terapéutica combinada de cirugía e irradiación.

Estas neoplasias malignas tienen un elevado índice de recidiva luego de la eliminación quirúrgica, así como una frecuencia alta de afección de los ganglios linfáticos regionales.

Son frecuentes las metástasis a distancia en pulmones, huesos, vísceras y cerebro.

CARCINOMA QUISTICO ADENOIDE

El carcinoma quístico adenoide es una forma de adenocarcinoma lo suficientemente característico como para justificar una separación en la clasificación de los tumores glandulares malignos. Las lesiones histológicamente similares se producen en las glándulas salivales accesorias intrabucuales así como en las lagrimales y de los senos paranasales, faringe, tráquea y bronquios, piel y mamas.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Las glándulas salivales atacadas con mayor frecuencia por este tumor son parótida, submaxilar y accesorias del paladar y lengua. El carcinoma quístico adenoideo es más común entre la quinta y sexta décadas de la vida, pero de ninguna manera es raro en la tercera. Muchos de estos pacientes presentan manifestaciones clínicas de un tumor salival maligno típico: dolor local temprano, parálisis del nervio facial en el caso de los tumores parotídeos, fijación a estructuras profundas y e invasión local.

Algunas de estas lesiones, particularmente las intrabucuales, tienen ulceración de la superficie. Puede haber semejanza clínica con algunos casos de adenoma pleomorfo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. El carcinoma quístico adenoideo se compone de pequeñas células uniformes, intensamente teñidas, que se asemanan a células basales y -- que se suelen disponer en cordones o estructuras ductiformes, cuya porción central puede contener un material mucoide, lo cual da un aspecto típico de "panal de abejas" o de

queso suizo. Es característico que el tejido conectivo se hialinice y rodee las células tumorales, para formar estructuras cilíndricas de las cuales provino originalmente el nombre de "cilindroma" a veces, las células proliferan en masas compactas y entonces puede haber un patrón glandular quístico típico reducido.

En otros casos, sólo se observan cordones anastomosantes delicados de células neoplásicas dispersos en un estroma abundante. En raras ocasiones, se produce una forma de este tumor, conocida como pseudoameloblastoma. La diseminación de las células tumorales por los linfáticos o las vainas perineurales es un rasgo común de esta neoplasia; las figuras mitóticas son sumamente raras. En los diferentes casos se observan una gran varia ción de los cuadros histológicos.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento del carcinoma quístico adenoideo es, fundamentalmente quirúrgico, aunque a veces se ha complementado con éxito la cirugía con la radiación. No se recomienda la radiación sola.

Por lo general, este tumor es una lesión de crecimiento lento que tiende a metastatizar en los períodos tardíos de su evolución.

La lesión de los ganglios linfáticos cervicales se producen finalmente alrededor de 30 por 100 de los casos y las metástasis a distancia a pulmones, huesos y cerebro en una elevada proporción de los pacientes con esta enfermedad, aunque varía de una serie a otra, es desalentadoramente bajo.

ADENOCARCINOMA DE CELULAS ACINOSAS

La mayoría de los tumores de las glándulas salivales nace del epitelio del sistema de conductos, pero algunas lesiones parecen originarse en las células acinosas propiamente dichas. Un grupo de esos tumores han sido denominados como tumores de las glándulas salivales; se componen de dos tipos de células: serosas y mucosas. Lamentablemente, en el adenocarcinoma de células acinosas no se ha hecho una distinción nada respecto de la célula de origen.

En un extenso estudio de los tumores de células acinosas de las glándulas salivales principales, realizado por Abrams y colaboradores, se concluyó que gran parte de los investigadores opinan que todos los tumores de este tipo poseen, por lo menos, un potencial maligno de bajo grado.

El tumor está esencialmente limitado a la glándula parótida y constituye aproximadamente el 2% de todos los tumores de las glándulas salivales, del 3% al 5% de todos los tumores de las glándulas parótida y aproximadamente el 12% de todos los tumores malignos de las glándulas salivales.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El adenocarcinoma de células acinosas se asemeja mucho al adenoma pleomorfo en su aspecto macróscopico y tiende a ser encapsulado y lobulado. Los tumores de células acinosas se presentan predominantemente en personas de edad mediana o algo mayores, pero se le ha encontrado en personas menores de 20 años; los pacientes con este tumor presentan metástasis, aún distantes, pulmones y pueden morir de la enfermedad.

Este tumor raramente produce dolor o parálisis del nervio facial. Es habitualmente duro y puede ser desplazable o estar firmemente adherido. Se distingue del adenoma pleomorfo por varias características. Al corte, el tumor es amarillo grisáceo pero sin componente mixomatoso. Dado que faltan las estructuras fibrilares, el tumor es blando y prominente.

Se observan muchos focos necróticos a consecuencia de la mala irrigación sanguínea.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Con frecuencia, el tumor de células acinosas está rodeado de una cápsula delgada y se compone de células que guardan estrecha semejanza con las células acinosas normales, dispuestas en estructura glandular o al azar. El citoplasma de estas células contiene gránulos similares a los gránulos de cimógeno de las células normales y con frecuencia, vacuolas intercelulares. No hay estructuras ductiformes y las lesiones no se tiñen con mucocarmín.

El aspecto histológico de estos tumores es único y no se asemeja en mucho al de otros tumores conocidos de las glándulas salivales.

Una lesión similar desde el punto de vista morfológico pero compuesta de células con citoplasma claro y no granular ha sido descrito como una variante de "células claras" del adenocarcinoma de células acinosas. Sin embargo mediante estudios con microscopio electrónico, Echeverría comprobó que estas eran neoplasias diferentes. El adenocarcinoma de células acinosas se origina en células acínicas serosas, en tanto que el

tumor de células claras se origina en células de los conductos estriados. El aspecto claro del citoplasma fue interpretado como resultado del agrupamiento y la marginación de los ribosomas luego de la fijación en formal; también se concluyó que estas células claras parecen ser células tumorales indiferenciadas con un sistema ribosómico deficiente en RNA. Estos tumores se originan a partir de los ácinos glandulares serosos.

Sin embargo, según Bhaskar, el tumor nace de las células del epitelio ductal. Los estudios ultraestructurales han descubierto dos tipos de células; un tipo parecido a los ácinos normales y el otro parecido a las células de los canaliculos intercalares.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento de los tumores de células acinosas ha sido, en la mayoría de los casos, quirúrgicos.

Godwin y colaboradores han aconsejado la extirpación de la lesión con un margen de glándula normal, es decir la parotidectomia subtotal, con cuidado de no romper la cápsula. Como la metástasis a los ganglios linfáticos regionales no es común, probablemente no esté indicado la disección radical del cuello. La recidiva tiene una frecuencia alarmante. Sin embargo, los índices de recidiva y metástasis en las series de Abrams y colaboradores eran significativamente menores que en la serie de Godwin y colaboradores.

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

El carcinoma mucoepidermoide es tipo común de tumor glandular salival estudiado y descrito por primera vez por Stewart, Foote y Becker en 1945. Como lo señala su nombre, el tumor se compone de células secretorias de moco y células de tipo epidermoide en proporciones variables.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.— La mayoría de los carcinomas mucoepidermoides de las glándulas salivales principales se originan en la glándula parótida, aunque también se pueden asentar en otras glándulas principales y especialmente en las accesorias intrabucales.

El tumor de bajo grado de malignidad suele aparecer como una masa indolora de crecimiento lento que parece un adenoma pleomorfo. A diferencia de este sin embargo raras veces excede los 5 cm. de diámetro. No es completamente encapsulado y suele contener quistes que pueden estar ocupados por un material mucoide viscoso. La recidiva metastática luego de la extirpación quirúrgica no es rara.

Los tumores intrabucales de este tipo aparecen en zonas como el paladar mucoso vestibular, lengua y sector retromolar. Debido a su tendencia a formar zonas quísticas, estas lesiones llegan a asemejarse mucho al fenómeno de retención mucosa o mucocele, especialmente en la zona retromolar.

El tumor de alto grado de malignidad crece con rapidez y produce dolor como

síntoma temprano. La parálisis del nervio facial es frecuente en los tumores parotídeos. El carcinoma mucoepidermoide no es encapsulado. Sino que tiende a infiltrarse en los tejidos vecinos y en un elevado porcentaje de casos, a metastatizar a los ganglios linfáticos regionales. También son las metástasis a pulmones, huesos y tejidos subcutáneos.

A la palpación el tumor es duro debido a su crecimiento infiltrativo. Existe a menudo necrosis localizada y con menor frecuencia, degeneración quística.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El carcinoma mucoepidermoide es un tumor pleomorfo compuesto de células secretorias de moco, células de tipo epidermoide y células intermedias. En los tumores de bajo grado, están presentes los 3 tipos de células, aunque predominan las secretorias de moco. Raras veces la célula intermedia es la dominante, aunque parecería que es capaz de transformarse en células mucosas o epidermoides. Este tumor parece originarse en el epitelio del conducto puesto que la proliferación ductal adyacente del tumor es común.

En esencia estos tumores presentan capas o nidos de células mucosas, dispuestas en estructuras glandulares y a veces con quistes.

Estos quistes pueden romperse y liberar moco que puede acumularse en el tejido conectivo y provocar una reacción inflamatoria. Suele ser necesario emplear una tinción especial para ver las células mucosas. En los tumores de grado más alto, el elemento celular mucoso puede ser tan insignificante que sea posible hacer el diagnóstico equivocado de carcinoma epidermoide.

En ocasiones se descubre mucina en las células columnares, que en los tumores más diferenciados (menos malignos) están a menudo dispuestas en estructuras en forma de glándula, así como en el interior de las células en zonas de epitelio sólido.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO..- El tratamiento del carcinoma mucoepidermoide es fundamentalmente quirúrgico, aunque algunos casos han respondido a la irradiación con rayos X sin embargo, ha de reservarse la irradiación para aquellos tumores de alto grado cuya metástasis temprana es breve.

Las recidivas se producen con mucho mayor frecuencia en los tumores muy malignos. Cuando existe una recidiva, aparece habitualmente durante el primer año consecutivo a la intervención.

CARCINOMA ADENOESCAMOSO

El carcinoma adenoescamoso, tumor que afecta cavidad bucal, cavidad nasal y laringe, ha sido recientemente establecido como entidad, aunque su existencia ha sido discutida durante algunos años.

Es una neoplasia con un cuadro histopatológico característico que tiene cierta similitud con el carcinoma espinocelular adenoide de la piel, el adenoacantoma de útero y el carcinoma mucoepidermoide.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- En una serie de 10 casos comunicada por Gerughy, los tumores se presentaban en lengua, piso de la boca, nariz y laringe. Sin embargo, en otros casos se sabe que los tumores han aparecido en el paladar.

No se dispone de suficientes casos para determinar si hay predilección por sexo o por raza, aunque los tumores se producen principalmente en personas maduras, generalmente mayores de 40 años. La historia más común relatada por los pacientes de este grupo era la presencia de "granos", llagas o "ampollas" en la zona afectada, algunos días o varios meses antes de la aparición del tumor. En casi todos los casos, la lesión se presentaba como una pequeña zona ulcerada o como un nódulo submucoso indurado. La mayoría de las lesiones era menor de 1 cm. de diámetro.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- La histopatología de este tumor es bastante compleja.

Gerughty y colaboradores dividieron el carcinoma adenoescamoso, desde el punto de vista morfológico, en cuatro componentes básicos:

- 1) Carcinoma del conducto.
- 2) Adenocarcinoma.
- 3) Carcinoma espinocelular y
- 4) Carcinoma mixto.

Básicamente el tumor se compone de una carcinoma superficial espinocelular - con nidos infiltrantes de células epiteliales malignas, que suele presentar formación de perlas; las alteraciones carcinosomas insitu del epitelio subyacente del conducto lindan con el verdadero adenocarcinoma. En algunos casos, este tumor es de tipo basaloide y en otros casos, se asemeja al carcinoma mixto están representadas por nidos de células - tumorales que presentan una combinación de características glandulares y espinocelulares.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- Este tumor es sumamente agresivo y se ha de considerar de elevada malignidad. En el 80 por 100 de los casos de Gerughty y colaboradores había metástasis regional a los ganglios linfáticos regionales o a lugares distantes.

Ningún paciente curó de la enfermedad. Las recidivas indican que la terapéutica radiante poco tiene que ofrecer al tratamiento de esta lesión y por lo tanto, la cirugía radical es el tratamiento adecuado.

ADENOCARCINOMAS DE FORMAS DIVERSAS

Las lesiones que pueden ser clasificadas en esta categoría inespecífica constituye un grupo histológico heterogéneo. Varían de adenocarcinomas sumamente anaplásicos a las lesiones moderadas bien diferenciadas, como adenocarcinomas trabecular, quística y con un patrón pseudoadamantino, es decir sugieren ameloblastos y un gemen dental en formación.

Pese a la variación del cuadro microscópico, estos tumores, en su conjunto -- presentan las características corrientes de las neoplasias malignas. Como crecimiento infiltrativo local. Tendencia al recidiva y frecuencia de la metástasis.

Por lo general, estas lesiones tienden a crecer con rapidez y comportarse con agresividad.

El tratamiento de estos tumores es la extirpación quirúrgica. Es previsible un índice elevado de recidivas y la sobrevidad, de los pacientes con estos tumores es baja.

CARCINOMA EPIDERMÓIDE (CARCINOMA ESPINOCELULAR)

Este tipo de neoplasia que se origina en las glándulas salivales tiene mal pronóstico, puesto que los tumores poseen propiedades infiltrativas, metástasis y recidivas con facilidad. Por fortuna no es una lesión común. Aunque suele presentarse con mayor frecuencia en las glándulas salivales principales, en particular en parótida y submaxilar, puede darse en el tejido de las glándulas salivales accesorias. No se ha establecido definitivamente cuál es el sitio exacto en que nacen los carcinomas epidermoides de las glándulas salivales. Es más probable que se originen en el conducto, porque los conductos pueden experimentar con facilidad metaplasia escamosa. Standish demostró que los conductos de las glándulas salivales de animales de experimentación hacen metaplasia escamosa a los pocos días de la implantación de un hidrocarburo carcinógeno como el 7 dimetilbenceno alfa antraceno y después se desarrolla un carcinoma epidermoide.

La metaplasia escamosa de conductos y acinos de las glándulas salivales después de la irradiación con rayos X de boca y bucofaringe también fue comunicada por Friedman y Hall con un hallazgo incidental, aunque estos investigadores no creen que constituya un fenómeno precanceroso. La metaplasia escamosa de los conductos de las glándulas accesorias también suele ser resultado de una sialadenitis crónica o un fenómeno de obstrucción del conducto.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS. - Puede presentarse clínicamente como una nódular, por lo común en el paladar, pero también en otros sectores y puede ser mal diagnosticado desde el punto de vista histológico como carcinoma epidermoide.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- Es muy probable que el empleo combinado de la cirugía y la radioterapia sea de mayor beneficio en este tipo de tumor de las glándulas salivales que en la mayoría de los otros.

Como la metástasis regional a los ganglios linfáticos es un hallazgo común en este tumor, suele realizar una disección radical del cuello, toda vez que la lesión primaria esté controlada.

CARCINOMA TRABECULAR Y ADENOPAPILAR PRODUCTOR DE MOCO

El carcinoma trabecular corresponde al carcinoma simple de la nasofaringe. La designación de "trabecular" implica que faltan las estructuras acinares. Se trata de tumores muy malignos que crecen y dan lugar a metástasis rápidamente y que, a diferencia de los adenocarcinomas ya descritos, conducen precozmente a la muerte.

El adenocarcinoma trabecular afecta a las glándulas parótidas, submaxilar y glándulas salivales menores, constituye aproximadamente el 1% de los tumores de las glándulas salivales, como el carcinoma adenopapilar productor de moco.

Afecta el adenocarcinoma trabecular a hombres y a mujeres con la misma frecuencia y se producen sobre todo entre las edades de 50 y 60 años.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Habitualmente transcurre menos de un año entre la aparición del tumor y su tratamiento, lo cual indica que esta neoplasia produce dolor. No es infrecuente la parálisis del nervio facial.

Existen metástasis regionales o a distancia en más del 50% de los pacientes.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.- El adenoma carcinoma trabecular se caracteriza por células polimorfas con grandes núcleos centrales hiper cromáticos que presentan numerosas mitosis. Las células están dispuestas según una pauta trabecular - grosera fina.

El carcinoma adenopapilar productor de moco se caracteriza por la alteración de zonas sólidas y quísticas así como estructuras adenopapilares. Estas últimas están de limitadas por células bastante polimorfas que tienen un citoplasma pálido. Es característica la presencia de células cilíndricas productoras de moco. Existen a menudo una abundante colección de moco. Se observa con frecuencia un crecimiento infiltrativo.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento indicado es el quirúrgico - así como la radioterapia. Las recidivas se producen con mayor frecuencia en los tumores muy malignos.

CARCINOMA ANAPLASICO

El carcinoma anaplásico se denomina también adenocarcinoma indiferenciado o sólido o carcinoma de células de transición. Constituye aproximadamente el 1% de los tumores salivales. Es tan frecuente en las glándulas salivales mayores como en las menores y se da más a menudo en los hombres que en las mujeres. La edad de máxima incidencia se encuentra entre los 50 y los 70 años. Es uno de los tumores más malignos de las glándulas salivales.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Las recidivas son comunes y se producen con frecuencia metástasis a distancia. La supervivencia a los 5 años es de aproximadamente el 55%. Más de la mitad de los pacientes padecen parálisis del nervio facial que no se recuperan tras la radioterapia, como en la mayoría de los otros tumores salivales.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.- Las pequeñas células pleomorfas con grandes núcleos están agrupadas en bandas anchas o grupos redondeados sin observar una pauta característica. Es difícil diferenciarlas de las células epiteliales. Densos cordones de tejido conjuntivo colágeno y con menor frecuencia hialino, penetran en las masas epiteliales malignas, con frecuencia se observa crecimiento destructivo en el interior de los tejidos circundantes.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento es combinado de la cirugía y la radioterapia sea de mayor beneficio en este tipo de tumor de las glándulas salivales que en la mayoría de los otros.

Las recidivas son comunes y se producen con frecuencia metástasis a distancia.

CAPITULO V.

INVESTIGACION ESTADISTICA.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron 102250 biopsias y piezas quirúrgicas correspondientes al lapso de 8 de enero de 1969 a 5 de julio de 1979.

En el departamento de patología del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" encontrándose 184 casos de tumores de glándulas salivales.

Que se estudian con los siguientes parametros:

- a) Frecuencia de variedades histológicas
- b) frecuencia según la edad y sexo
- c) Comparación entre diagnóstico clínico y diagnóstico histopatológico.

ANALISIS Y RESULTADOS

1.- Frecuencia de variedades histológicas

a) Neoplasia benigna epitelial predominante Adenoma Pleomorfo (88 casos, - 47.82%).

Tumores de Warthin 4, 2.17%

b) De los no epiteliales se encontraron Sialoadenitis crónica inespecífica 8 - tumores, 4.34%.

Hemangioma Caveroso 1, 0.54%.

Enfermedad de Mikulicz 1, 0.54%.

Hemangioma capilar 1, 0.54%.

Shwannoma benigno 1, 0.54%.

c) Tumores de origen otros benignos:

Glándula submaxilar con ectasia del conducto excretor e inflamación crónica leve alrededor, 4 tumores, 2.17%

Sialoadenitis crónica inespecífica, 8 tumores, 4.34%

Atrofia acinar e inflamación crónica, 11 tumores, 5.97%

Adenosialolitiasis crónica no específica, 1 tumor, 0.54%

Adenosialolitiasis crónica no específica, 1 tumor, 0.54%

Reacción inflamatoria crónica, 1, 0.54%.

d) Los tumores malignos más frecuentes fueron:

Carcinoma Epidermoide con 17 casos, 9.23%

Carcinoma Mucoepidermoide con 6 casos, 3.26%

Carcinoma Adenoide quístico con 6 casos, 3.26%

Carcinoma Mucinoso con 1 caso, 0.54%

Adenocarcinoma adenopapilar con 11 casos, 1.08%

e) Tumores de origen no epitelial maligno:

Tumor maligno de células basales con invasión a la cápsula y al tejido fibroadiposo, un tumor 0.54%

Parotiditis con melanoma maligno, 1 tumor 0.54%

Tumores de Hodgkin variedad celularidad mixta 4, 2.17%

Linfoma de células reticulares histiocítico difuso, 3 tumores, 1.63%.

II.- Frecuencia según la edad y sexo de las Glándulas Salivales:

La edad en que se presentó con mayor frecuencia en las Neoplasias de las Glándulas Salivales fué de 51 a 60 años.

El sexo femenino es el más afectado por éste tipo de tumores.

La edad promedio fué de 41.45 años con extremos de 4 meses y 91 años.

La mayor frecuencia durante la 6ta. década de la vida de 184 casos.

Se presentan las Neoplasias de Glándulas Salivales en un porcentaje del 59% en mujeres, 110 y 41% en hombres 74 casos.

DIAGNOSTICO CLÍNICO.- De las 184 neoplasias revisadas el diagnóstico clínico preoperatorio, acertado fue de 40% (75 casos), comparado con el reporte histopatológico.

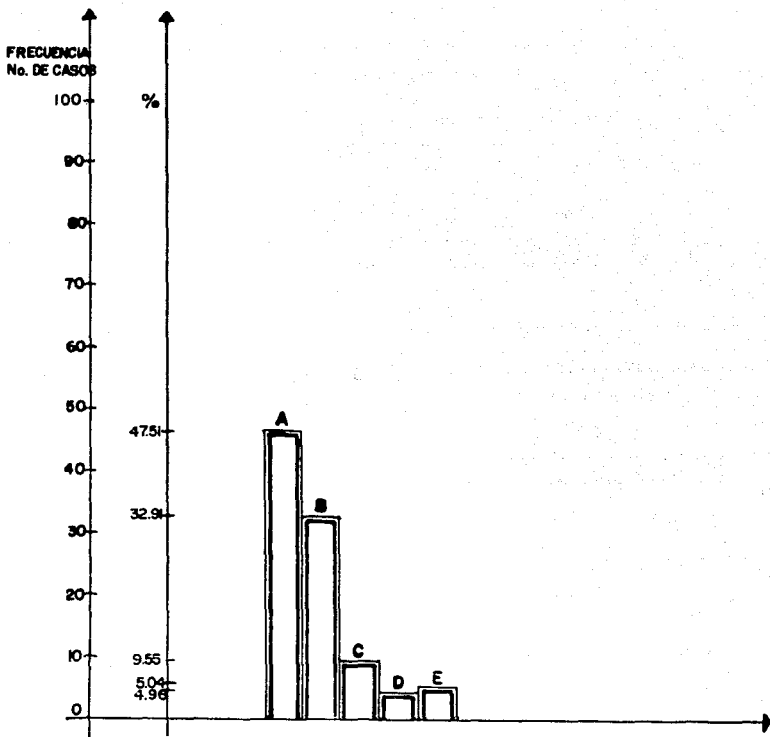
DISCUSION SOBRE EL ADENOMA PLEOMORFO Y EL TUMOR MUCOEPIDERMÓIDE.

El adenoma pleomorfo es un tumor de origen epitelial y afecta con más frecuencia al sexo femenino, en un 67% con relación al masculino. En base a la investigación que se realizó en el Centro Hospitalario 20 de Noviembre, este tumor se presenta con una incidencia de 47.82% en relación con otros de los tumores benignos; - predominando entre los 50 y 60 años de edad aunque también puede afectar diferentes edades incluyendo niños.

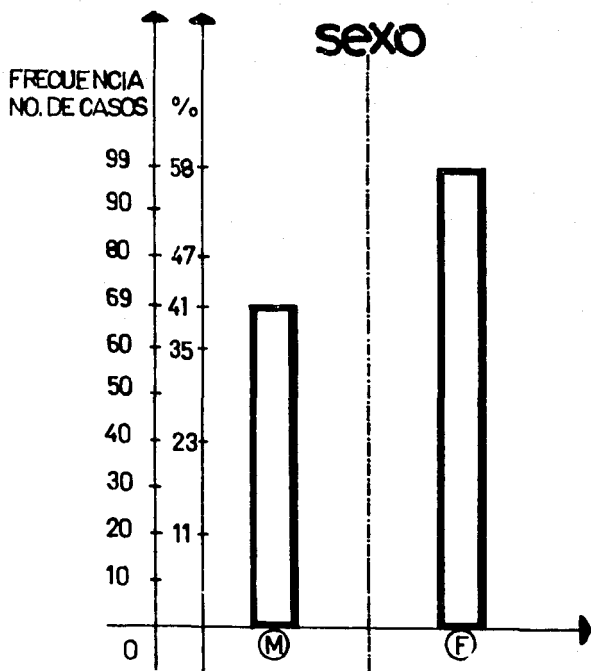
La glándula parótida es la que se ve más afectada por este tipo de tumor - que las demás glándulas salivales por lo que su terapéutica debe ser quirúrgica, de - - sumo cuidado, por la gran tendencia a recidivar.

TUMOR MUCOEPIDERMÓIDE:

Durante el estudio efectuado, encontramos que este tipo de tumor se presenta en un 3.26% de los casos revisados. Con más frecuencia en el sexo masculino y en su mayoría, en glándula parótida.

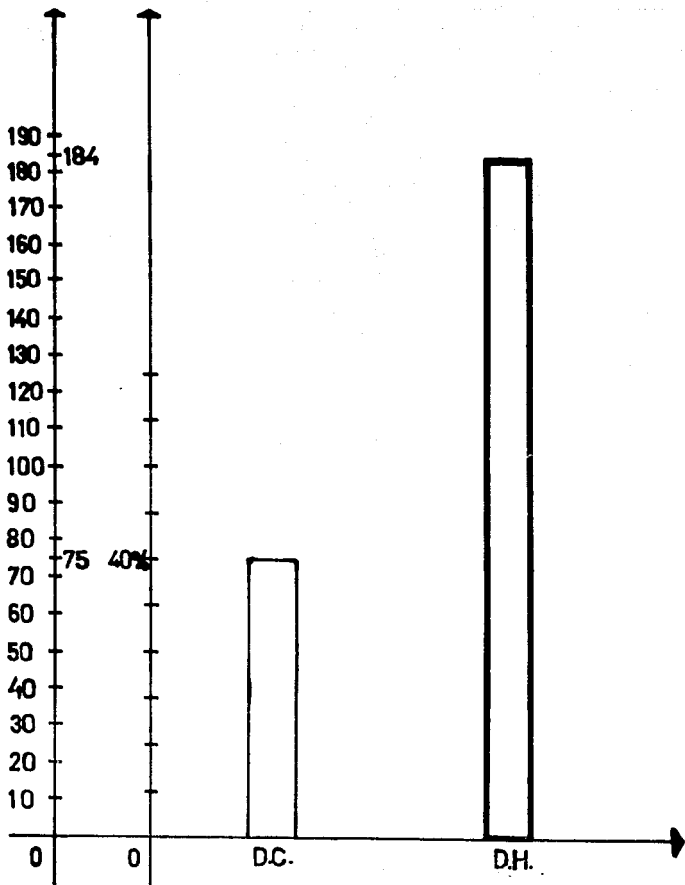


A.	TUMORES	BENIGNOS	DE	ORIGEN	EPITELIAL
B.	"	MALIGNOS	"	"	"
C.	"	BENIGNOS	"	"	NO
D.	"	"	"	OTRO	"
E.	"	MALIGNOS	DE	ORIGEN	NO EPITELIAL



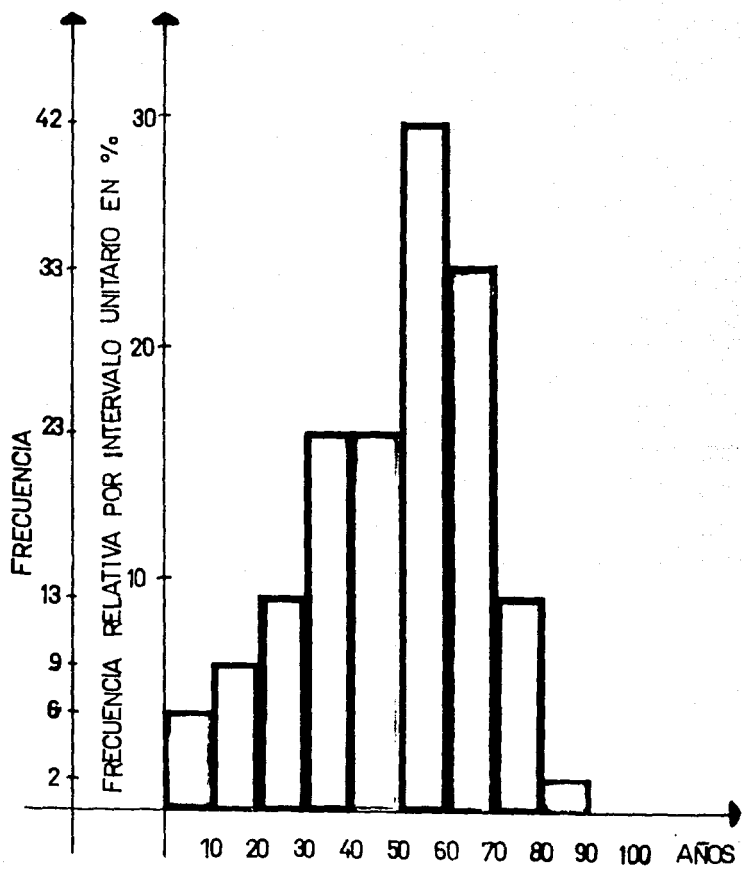
(M) MASCULINO

(F) FEMENINO



D.C. DIAGNOSTICO CLINICO.

D.H. DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO.



C O N C L U S I O N E S

- 1) Las neoplasias de glándulas salivales representan el 1.79% de todos los tumores del material revisado.
- 2) El adenoma pleomorfo es el más frecuente de esta serie.
- 3) De las neoplasias malignas el más frecuente fue el carcinoma epidermoide.
- 4) El 41% de 184 tumores corresponden al sexo masculino.
- 5) La edad en la que se manifiesta con mayor frecuencia fue en la 6ta. década de la vida.
- 6) Los tumores de glándulas salivales representan grandes márgenes de error diagnóstico ya que sólo el 40% fueron correctamente diagnosticados.

B I B L I O G R A F I A

1.- Burket, Lester W.

Medicina Bucal

6a. edición

Editorial Interamericana.

2.- Grinspan, David.

Enfermedad de la boca

Editorial Mundi.

3.- Harrison, Tinsley Randol

PH Medicina Interna

4a. edición

Editorial La Prensa Médica Mexicana.

4.- Kutscher, Hyman Zegarelli

Diagnóstico en Patología Oral

Editorial Salvat.

5.- Lazzri, Eugene P.

Bioquímica dental

1a. edición

Editorial Interamericana.

6.- Orban, B.

Histología y Embriología

1a. edición

Editorial La Prensa Médica Mexicana.

7.- Pérez, Tamayo Carbonell

Patología

2a. edición

Editorial La Prensa Médica Mexicana.

8.- Pindborg, J.

Atlas de Enfermedad de la Mucosa Oral

Editorial Salvat.

9.- Quiroz, Fernando.

Patología Bucal.

Editorial Porrúa.

10.- Shafer, William G.

Patología Bucal

Editorial Mundi.