

11236  
2024



Universidad Nacional Autónoma de México

**TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES**

Y PRESENTACION DE 12 CASOS

Dr. Lino Lara Fabián

1990



IMSS

IMSS H.E. C.M.R.P.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está 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

1.- Introducción .....	1
2.- Antecedentes históricos .....	3
3.- Generalidades .....	5
3.1 Embriología .....	5
3.2 Histología .....	6
3.3 Anatomía .....	8
3.4 Fisiología .....	12
4.- Tumores de Glándulas salivales .....	14
4.1 Evaluación clínica .....	14
4.2 Clasificación .....	20
a) Tumores benignos .....	22
b) Tumores malignos .....	31
5.- Presentación de 12 casos .....	35
5.1 Conclusiones .....	38
6.- Bibliografía .....	39

## 1. INTRODUCCION

La patología tumoral ha sido siempre motivo de gran controversia, tanto por la diversidad histopatológica como por su comportamiento clínico; a ello, los tumores de las glándulas salivales no son ajenos.

Los tumores de las glándulas salivales presentan una incidencia relativamente baja en los tumores de cabeza y cuello, siendo ésta de menos del 3%;<sup>(5)</sup> la malignidad de ellos se presenta en un 15 a 25% global, presentándose la mayor prevalencia en la glándula sublingual (hasta 71%) y en las glándulas salivales menores (hasta 62%).<sup>(1)</sup> La glándula más afectada es la parótida, ya que presenta una incidencia del 70 al 80% de todos los tumores que se originan en las glándulas salivales. En todas las glándulas, el tumor benigno más frecuente es el adenoma pleomórfico (tumor mixto), representando más del 70% de ellos; de los tumores malignos, el más frecuente en la glándula parótida es el carcinoma mucoepidermoide y en el resto de las glándulas es el carcinoma adenoideo quístico.<sup>(11)</sup>

La edad es variable, pudiéndose presentar desde el nacimiento hasta la vejez, el 5% de los tumores se presentan en la infancia; no existiendo prevalencia de sexo,

excepto en el tumor de Warthin, en el cuál existe un franco predominio masculino (8 a 1).

Con la finalidad de conocer la casuística y ofrecer al paciente un manejo más adecuado, se investiga la incidencia de los tumores de glándulas salivales - en el servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital de Especialidades Centro Médico Regional de Puebla, desglosandose diversos aspectos de interes que se unclizan en el presente trabajo.

## 2. ANTECEDENTES HISTORICOS

Desde la mitad del siglo XVII se tienen escritos referentes a las glándulas salivales, hechos por Little. En 1660, Niels Stensen descubrió y describió el conducto parotídeo, el cual lleva su nombre. Thomas Warthon en 1656 identificó la glándula submaxilar y su conducto, Bartholinus en 1669 la glándula sublingual. Las primeras cirugías de la glándula parótida fueron reportadas por Siebold en 1781, Abernathy en 1815, Carmichael en 1818, Gensoul en 1924 y Lisfranc en 1826.

La primera operación usando anestesia con inhalación de ether fué hecha para reseca un tumor parotídeo por John Wren en 1846.

La primera descripción clínica de un tumor parotídeo fué hecha por Keltschmeid en 1752. La primera clasificación referida de los tumores de glándulas salivales fué realizada en 1841 por Berard. Una descripción histológica detallada de la composición mixta de los elementos tumorales, la aportó por primera vez Billroth, quién también describió y dió nombre al cilindroma. Virchow, en 1863 elaboró la primera clasificación histológica exhaustiva de los tumores de glándulas salivales. El término "tumor mixto" referente a la neoplasia más común de las glándulas salivales, fué introducido por Minssen en 1874 y continúa usándose hasta el día de hoy.<sup>(11)</sup>

En 1954 Foote y Frazell dieron a conocer su clasificación de tumores de glándulas salivales, sobre la --- cuál se han basado la mayoría de las clasificaciones actuales; en 1978 Batsakis y Everesole elaboraron la clasificación más amplia y detallada que se conoce de los tumores de glándulas salivales, basandose en el criterio - histomorfológico.

3.1 EMBRIOLOGIA

Todas las glándulas salivales (GS) mayores y muchas de las menores derivan del ectodermo del estomodeo y el resto de las menores situadas en la faringe se originan del endodermo, aunque no existe en el adulto ninguna diferencia histológica que sugiera un origen distinto.<sup>(12)</sup>

La formación de las GS se inicia con la formación de yemas epiteliales, las cuales se invaginan dentro del mesénquima adyacente; el brote de células epiteliales prolifera y forma una masa cilíndrica que a medida que crece se aleja de la cavidad bucal, hacia su destino eventual. Conforme este cordón de células se elonga, los segmentos distales brotan y se ramifican, formándose conductos primordiales y acinos, diferenciándose éstos últimos en serosos y mucosos. Entre los elementos canaliculares y acinosos en proceso de ramificación, aparecen células mioepiteliales, tabiques fibrosos y al mismo tiempo se forma la cápsula aponeurótica circundante que delimita a la glándula del tejido adyacente.<sup>(4)</sup>

Las yemas epiteliales que forman las glándulas parótida y submaxilar aparecen en la sexta semana de vida embrionaria, las de las glándulas sublingual y menores de la séptima a la octava semana.

El origen embriológico de las glándulas salivales las hace susceptible de un gran número de patología tumoral.



### 3.2 HISTOLOGIA

La unidad secretoria de las glándulas salivales (GS) está compuesta del acini, conductos intercanaliculares, es triados y excretorios. Otros tipos de células existen en el parénquima glándular, tales como las mioepiteliales, oncocitos y células sebáceas.

Las células acinares pueden ser serosas o mucosas.

La microscopía electrónica de éstas células acinares demuestra numerosos granulos secretorios en el acini. Las vesículas de Golgi y el retículo endoplásmico rugoso son los factores de producción de las secreciones celulares del acini.

Las células mioepiteliales son células de soporte, contractiles, rodeando los acinis y conductos intercanaliculares, se ha demostrado que contienen filamentos contractiles y ayudan a la movilización de la secreción a lo largo del sistema de conducción. El oncocito se encuentra en la GS añosa, particularmente en la parótida y tal como la célula sebácea no se conoce su función en las GS. (11)

Las glándulas salivales en secciones histológicas aparecen como multiples lóbulos, separados uno del otro por tejido conectivo septal. La estructura total de cada glándula está revestida por una cápsula de tejido conectivo, la cuál podría ser esencial en algunas glándulas y poco significativa en otras.

Los conductos de las GS forman un patrón como de un "árbol". Las ramas más finas son los conductos intercanaliculares; las más grandes y el tallo forman los conductos excretorios.

Los acinis se sitúan en los extremos distales de los conductos intercanaliculares y consisten en un número variable de células piramidales, distribuidas alrededor de una luz central, algunas células mioepiteliales se interponen entre ellos y la membrana basal.

Las células serosas predominan en la glándula parótida; las mucinosas en la sublingual y en las menores; y un patrón mixto en la submaxilar.

Los conductos intercanaliculares probablemente sean la fuente de las células de reserva. Bajo ciertas circunstancias las células de reserva podrían proliferar y diferenciarse en varios tipos de células. Es de esta zona celular de la unidad del conducto salival donde la mayoría de los tumores de GS se originan.

### 3.3 ANATOMIA

Las glándulas salivales (GS) se dividen en mayores y menores, las primeras están representadas por 3 pares de glándulas, que en orden decreciente de tamaño, son la parótida, submaxilar y sublingual; las GS menores existen en gran número y variedad insignificante de tamaño.

Las GS mayores están situadas fuera de la cavidad bucal, comunicándose con ésta por medio de un complejo sistema canalicular, en cambio las menores se sitúan por debajo de la mucosa bucal y faríngea, comunicándose por medio de breves conductos rudimentarios.

-Glándulas Salivales Mayores:

a) Parótida.- es la más grande de las GS, con un peso de 14 a 28 grs. y mide como término medio 5.8 cm. de altura por 3.4 cm de ancho en el adulto. Está situada justo delante y debajo del oído externo, lado externo de la cara, dentro del compartimiento parotídeo; el cuál presenta un borde anterior que es diagonal, mismo que de la superficie a la profundidad está representado por el músculo masetero, rama mandibular y el músculo pterigoideo interno. Superiormente el compartimiento está limitado por el arco cigomático. El borde posterior está representado por el canal auditivo externo, la apófisis mastoidea y la base de la apófisis estiloides.

El límite inferior son el músculo esternocleidomastoideo y el vientre posterior del músculo digástrico. La cara profunda está en íntima relación con el espacio faríngeo lateral, la superficie lateral es convexa, estando limitada por la capa superficial de la aponeurosis cervical profunda.

En la anatomía de la glándula parótida, el nervio facial divide en forma por demás descriptiva a la glándula en lóbulo superficial y profundo, ya que no existe tejido septal que divida o encapsule a los mismos, presentándose la división del nervio en dos troncos y posteriormente en sus cinco ramas terminales, todo ésto en el parénquima de la glándula.

El conducto principal o de Stenon mide de 4 a 6 cm. de longitud y desemboca a nivel del 2o molar superior. La irrigación está dada por la arteria carótida externa por medio de la maxilar interna y temporal superficial. El drenaje venoso por medio de la facial posterior y el drenaje linfático a través de los ganglios intra y paratiroideos hacia los sistemas linfáticos superficiales y profundos del cuello. La inervación parasimpática la proporciona las fibras postganglionares del ganglio ótico.

b) Submaxilar.- es la segunda glándula salival en tamaño, con un peso de 10 a 15 grs., consta de dos prolongaciones, una superficial, que cubre el músculo milohiideo y otra profunda, debajo de éste.

anteriormente se extiende en algunas ocasiones hasta el vientre anterior del músculo digástrico y posteriormente hasta el ligamento estilomandibular, el cuál lo separa de la glándula parótida. El conducto principal de drenaje salival o de Wharton mide 5 cm de longitud y presenta su orificio de salida en la cavidad oral, a los lados del frenillo lingual. La irrigación la proporciona la arteria facial, el drenaje venoso la facial anterior y el drenaje linfático va al sistema cervical profundo. La inervación parasimpática corresponde a las fibras postganglionares del ganglio submaxilar.

c) Sublingual.- es la más pequeña de las GS mayores pesa 2 grs. aproximadamente, localizada en la profundidad de la mucosa del piso de la boca, limitada por debajo por el músculo milohioideo y por fuera por el maxilar inferior, está aplicada sobre el músculo geniohiogloso, por detrás está en contacto con la prolongación anterior de la glándula submaxilar. Descarga su secreción por medio de 10 a 12 conductos en la cavidad bucal. La irrigación la aporta la arteria submentoniana (rama de la facial), el drenaje linfático es hacia los ganglios submaxilares, la inervación parasimpática por medio del ganglio submaxilar.

-Glándulas Salivales Menores:

Existen de 600 a 1000 glándulas aproximadamente, distribuidas en toda la cavidad bucal y faringe, las re

laciones vasculares y linfáticas dependen del área de la mucosa en donde estén situadas; la inervación parasimpática está a cargo del nervio lingual, a excepción de las situadas en el paladar, cuyas fibras secretomotoras provienen del ganglio esfenopalatino.<sup>(7)</sup>

Existe un aforismo que expresa: "Entre más pequeña sea la glándula de asentamiento de un tumor, mayor la -- probabilidad de que éste sea maligno".

### 3.4 F I S I O L O G I A

La saliva desempeña diversas funciones importantes - en la cavidad oral. Su producción diaria se encuentra entre 600 y 1500 ml.; de éstos, el 45% la secreta la glándula parótida, 45% la submaxilar, 5% la sublingual y 5% las glándulas salivales menores. Entre las comidas se produce un promedio de .25 ml/min.

La saliva es discretamente ácida e hipotónica, con un pH de 6.8, compuesta de 99.5% de agua y una densidad específica de 1.002 a 1.012. La mayor secreción de saliva se presenta en hombres, y entre los 6 y 14 años.<sup>(11)</sup>

La estimulación mecánica, alimenticia, pH bajo y la irritación de la mucosa oral son estímulos fisiológicos.

La función primaria de las glándulas salivales es generar un volumen adecuado de saliva, que sirve para mantener la higiene oral y dental, para preparar los alimentos durante la masticación, para la sensación gustativa y la deglución, y para iniciar la fase preliminar de la digestión de los hidratos de carbono. Otras funciones incluyen la lubricación de la mucosa y la limpieza de la boca, al erradicar restos alimenticios, celulares y bacterianos; desempeñando un papel muy importante en la protección de los dientes, aportando minerales, calcio y fosfato, los -

cutles forman una capa protectora. Además, la saliva -- tiene actividad antibacteriana y contiene Ig A secretoria, la cuál es efectiva contra algunos virus y bacterias.



## 4. TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES.

Los tumores de glándulas salivales representan menos del 3% de los tumores de cabeza y cuello, y a la vez un gran desafío desde el punto de vista clínico e histopatológico, lo cuál requiere de una experiencia vasta en ésta patología para establecer el diagnóstico y tratamiento óptimo del paciente.

### 4.1 EVALUACION CLINICA

El médico debe de tener en mente que las lesiones palpables en las glándulas salivales mayores son casi siempre neoplasias. Estadísticamente en el 95% de las lesiones palpables de la glándula parótida se encontrará un crecimiento neoplásico. Los tumores parotídeos son los más numerosos y representan aproximadamente el 80% de las neoplasias salivales, la submaxilar presenta un 10% y el otro 10% el resto de las glándulas.

La localización más común en la parótida es el polo inferior de la glándula, en el lóbulo superficial, el 80% de los tumores tienen é ta localización, el resto se encuentran en el polo superior y en el lóbulo profundo.

En general, el 80% de los tumores de parótida, 66%--

de los submaxilares, 50% de las glándulas salivales menores y menos de la mitad de los de la glándula sublingual son benignos.

No existe diferencia en cuanto al sexo en la presentación de tumores de glándulas salivales, sin embargo en la raza negra se ha encontrado mayor incidencia en las mujeres. (10)

La evaluación del paciente con neoplasia de glándulas salivales puede tener una variedad de signos y síntomas debido a las diferentes posibilidades de localización en las mismas. Los tumores de glándulas salivales menores poseen inconsistencia en su sintomatología, pudiéndose referir a la orofaringe e hipofaringe. La presentación más común de neoplasia de glándula salival parotídea y submaxilar es una tumefacción que se descubre incidentalmente mientras se lava la cara o se rasura la barba. La fecha de inicio es generalmente indefinida y poco significativa.

Si el paciente o la familia refiere un crecimiento rápido de la lesión, el médico debe poner una atención particular a la posible malignidad o infección. Siempre se tendrá presente que los glándulas salivales mayores pueden ser la localización de una metástasis de otras áreas del organismo, la mayoría son de carcinomas de células escamosas de la piel o melanomas.

Existen cinco estructuras anatómicas normales capa--

ces de confundir al clínico durante la exploración física con un tumor parotídeo: la apófisis coronoides y el cóndilo pueden ser prominentes en la mejilla y urea preauricular respectivamente; el músculo masetero hipertrofico; el ángulo de la mandíbula prominente y la apófisis transversa de la segunda vértebra cervical frecuentemente se presenta como una masa palpable retromandibular.

El significado del dolor como síntoma distintivo no está del todo claro. En una revisión de 802 tumores de parótida, Eneroth encontró el dolor como síntoma inicial en 34 (5.1%) de 665 pacientes con tumores benignos y 9 (6.5%) de 137 pacientes con tumores malignos, con lo cuál concluyó que el dolor no puede utilizarse como criterio de malignidad. Cuando Spiro y col. estudiaron el significado del dolor en pacientes con tumores malignos encontraron que los pacientes con dolor tuvieron una supervivencia a los 5 años del 35%, sin embargo los pacientes sin dolor tuvieron una supervivencia a los 5 años del 68%.<sup>(9)</sup>

Se puede concluir que el dolor no es un criterio de malignidad, pero cuando aparece en un paciente con tumor maligno, está asociado con un peor pronóstico.

La parálisis facial asociada con un tumor parotídeo indica malignidad, conlleva un pronóstico desfavorable y ocurre con diversa frecuencia, dependiendo del tipo histológico del tumor.

Eneroth no encontró un sólo caso de parálisis fa---

cial en una serie de 1790 tumores benignos de parótida, - pero encontró 46 casos en 378 tumores malignos parotídeos con una mortalidad del 100% en 5 años, en éste último grupo, la sobrevivencia promedio fué de 2.7 años, posterior al inicio de la parálisis facial. Existen reportes de hasta 14% de sobrevivencia a 5 años con parálisis facial.

Se concluye que la parálisis facial en los tumores de glándula parótida representan malignidad y un pronóstico muy pobre.

Además de la historia clínica y del examen físico se requiere de auxiliares diagnósticos, básicamente de la radiología y estudios histopatológicos.

#### -Radiología.

Los avances en la radiografía de imagen o imagenología de los tejidos del cuerpo ha sido fenomenal en la última década. Las técnicas sofisticadas de tomografía computada ha aportado mucho para la evaluación de la mayoría de los problemas de cabeza y cuello, sin embargo en pocas ocasiones se requiere de éstos, ya que la historia clínica y el examen físico son de alta estima en la evaluación de los neoplasias de glándulas salivales.

#### Radiografía simple.

Se utiliza solamente cuando se sospecha calculos en la glándula, la mayoría de ellos son radioopacos, por lo tanto, no se recomienda en una evaluación rutinaria de --

las neoplasias de glándulas salivales.

#### Sialografía.

Está indicada en enfermedades inflamatorias, las sialectasias, cálculos, estrecheces de los conductos, son -- los principales problemas a identificar con éste método. -- Los neoplasias de glándulas salivales distorcionan la arquitectura ductal y deja areas de la glándula libres de -- material de contraste. Se debe ser prudente en su indicación, ya que presenta riesgos de tipo inflamatorio e infeccioso por una mala técnica aplicada del estudio.

#### Radiosialografía.

Su indicación más precisa es la sospecha de tumor de Warthin o en el oncocitoma, en los cuales aparecerían un nódulo hipercaptante o "caliente", aunque hay tumores malignos que llegan a presentarse como "calientes, siendo\_ éste inusual.

#### Tomografía computada.

Esta técnica permite al médico investigar de una manera no invasiva la base del cráneo, los espacios retro-mandibulares y parafaríngeos, la combinación con sialogra<sub>fi</sub> ha sido considerada como un método más exacto en la - limitación de la neoplasia.

Es probable que con los equipos de nueva generaci<sub>ón</sub> y la resonancia magnética nuclear éste será innecesario.

### Angiografía.

Solo se utiliza en la sospecha de neoplasia vascular de la glándula.

### -Biopsia.

#### Aspiración con aguja fina.

La biopsia por aspiración con aguja fina ha sido evocada como un método directo y barato en el diagnóstico de las neoplasias de glándulas salivales.

El método consiste en la introducción de una aguja número 22 dentro de la tumoración, posteriormente se aplica una presión negativa al jalar el émbolo de la jeringa, con lo cual se aspira tejido, la presión se equilibra antes de sacar la aguja. El tejido aspirado se aplica sobre una laminilla y se fija con alcohol ethílico al 95% y solución de Papanicolaou. Simoni y asociados reportan un 82.2% de certeza diagnóstica con éste método.

#### Biopsia por tru-cut.

Es una biopsia insicional propiamente y utilizada cuando una cirugía definitiva no es posible por el tamaño del tumor o mal estado del paciente.

Después de todas las pruebas y exámenes que se hayan realizado, la biopsia excisional provee al médico y al enfermo la información más útil; en la mayoría de los pacientes, la biopsia excisional es tanto el diagnóstico como el tratamiento definitivo. (3)

#### 4.2 CLASIFICACION.

En la región de las glándulas salivales se deben distinguir tres tipos de tumores:

- 1.- Sialadenoma o sialoma= tumor del parénquima de la glándula salival.
- 2.- Sinsialadenoma o sinsialoma= tumor que crece dentro de la cápsula de la glándula salival, dependiente del tejido conectivo de sostén, tales como vasos y nervios.
- 3.- Parasialadenoma o parasialoma= neoplasia del tejido adyacente, que puede simular tumor de la glándula salival.

Los tumores del parénquima de la glándula son los más comunes y con mucho los más importantes de todas las neoplasias.

Comunmente, las clasificaciones de los tumores de las glándulas salivales están basadas en su morfología, citología y comportamiento biológico. Debido a que no hay un acuerdo universal a cerca del origen celular de cada uno de los tumores, actualmente no existe una clasificación histogénica.<sup>(1)</sup>

La mayoría de las clasificaciones están basadas en el esquema propuesto por Foote y Frazell en 1954, presentando algunas modificaciones.

Eversole y Batsakis postulan que la célula de reserva o primordial del sistema de conductos de la glándula es la célula que da origen a las neoplasias, y hacen una clasifi

cación detallada y basada en el criterio histomorfológico.

Clasificación de Tumores de Glándulas Salivales  
(Batsakis y Eversole 1978)

**Benigno.**

Tumor mixto (adenoma pleomórfico).

Tumor de Warthin (Cistadenoma linfomatoso papilar).

Oncocitoma.

Adenoma monomórfico.

Adenoma de célula basal.

Mioepitelioma.

Tumor de células claras.

Otros.

Adenoma sebáceo.

Linfadenoma sebáceo.

Adenoma papilar ductal.

Lesión benigna linfoepitelial.

**Maligno.**

Carcinoma ex adenoma pleomórfico.

Tumor mixto maligno.

Carcinoma mucoepidermoide.

Carcinoma adenoideo quístico.

Adenocarcinoma.

Carcinoma oncocítico.

Carcinoma de células claras.

Carcinoma primario de células escamosas.

Carcinoma indiferenciado.

Miscelaneos (Ca mioepitelial, Ca sebáceo, melanoma y Ca ex lesión linfoepitelial).

Metástasis.



## TUMORES BENIGNOS

El tumor mixto benigno (adenoma pleomórfico) y el tumor de Warthin son los más comunes de los tumores benignos de glándula salival. El tumor de Warthin y el linfadenoma sebáceo son encontrados casi exclusivamente en la glándula parótida, el resto de los tumores benignos se pueden encontrar en cualquiera de las glándulas salivales mayores. El tumor de Warthin, adenoma de células basales y el adenoma sebáceo raramente son bilaterales. La lesión linfoepitelial benigna probablemente represente un tipo de proceso autoinmune, más que una neoplasia.

### a) Tumor mixto (adenoma pleomórfico).

Representa del 60 al 70 % de todas las neoplasias de las glándulas salivales mayores.

La distribución de éste tumor varía ampliamente, el lóbulo superficial de la parótida es el sitio más afectado; aproximadamente, el 84% está localizado en la parótida, 8% en la submaxilar, 6.5% en las salivales menores y .5% en la sublingual. Los tumores bilaterales son extremadamente raros.

Macroscópicamente son irregulares, lobulados y saculientes. La superficie de corte es gris o azul, encapsulada por tejido conectivo, el cuál es grueso y bien desarrollado en algunas áreas y delgado e incompleto en otras, -

a pesar de ésto está bien limitado.

Múltiples nódulos frecuentemente protruyen del parénquima principal, pero todos unidos al mismo por tejido neoplásico.

Microscopicamente, es característico que su apariencia histológica también varíe, no solo en diferentes tumores, sino en las diferentes partes del mismo tumor.

Una mezcla de células ductales, mioepiteliales y mesenquimatosas pueden ser observadas. El estroma del tumor es también pleomórfico y consiste en una combinación irregular de tejido mucoso, mixoide, condroide e hialino, en raras ocasiones hueso o grasa.

Ocasionalmente, se encuentra dificultad para distinguir entre un tumor mixto benigno y maligno. El tumor mixto maligno es una lesión destructiva e infiltrativa, en contraste con el tumor benigno que es expansivo y encapsulado. Ningún criterio único califica la malignidad de éstos tumores.

Algunos criterios diagnósticos útiles son los siguientes:

- 1.- Micronecrosis.
- 2.- Calcificación distrófica.
- 3.- Mitosis atípica.
- 4.- Hialinización extensiva del tumor mixto residual.

5.- Areas sólidas, simulando Carcinoma lobulor de ma  
ma.

Cuando éstos criterios se observan en un tumor mixto, es clasificado como maligno.

El curso clínico del tumor mixto, depende del tratamiento, más que de la apariencia microscópica, básicamente de si se deja tejido neoplásico o no en la cirugía, ya que su tratamiento es quirúrgico.<sup>(2)</sup>

b) Tumor de Warthin (cistadenoma papilar linfomatoso).

Representa del 2 al 6% de todos los tumores de paró  
tida y la segunda neoplasia más común de las glándulas sa  
livales de extirpe benigna. Casi siempre está limitado a  
la glándula parótida, sin embargo puede crecer en los nó  
dulos linfáticos superficiales o mediales a la glándula.

Un número significativo de pacientes tienen crecimi  
ento bilateral, múltiple o ambos.

Se puede desarrollar a cualquier edad, sin embargo -  
se observa la mayor frecuencia alrededor de los 40 años.  
La incidencia es 8 veces mayor en el hombre que en la mu-  
jer.

Macroscopicamente, el tumor de Warthin está bien circ  
unscrito, suave y quístico. Su contenido es una susten-  
cia cremosa, semejante a pus o material caseoso.

Microscopicamente, el tumor está compuesto de elementos -

papilares, limitando espacios quísticos en un estroma - linfoide. El epitelio típicamente está dispuesto en dos capas, la interna consiste en células altas, cilindricas y oncocíticas, la externa consiste en células cuboidales unidas a la membrana basal. Otros tipos de células epiteliales, tales como: sebáceas, escamosas y esféricas, pueden también encontrarse. El tejido linfoide asociado es benigno y su estructura está compuesta predominantemente de linfocitos T dispuestos en roseta, además un número pequeño de linfocitos B inmunoglobulina positivos de superficie. La distribución relativa de los linfocitos T y B es similar a la encontrada en nódulos linfáticos normales y reactivos.

De acuerdo a la más amplia teoría aceptada a cerca de su histogenesis, el tumor de Warthin se origina en un conducto salival heterotópico dentro del nódulo linfático de la glándula parótida, tanto dentro como fuera del parénquima.

### c) Adenoma monomórfico.

Los adenomas monomórficos son neoplasias benignas en las cuales el epitelio forma un patrón regular, generalmente glandular y no hay evidencia de tejido mesenquimatoso como en el tumor mixto.

#### 1.- Adenoma de célula basal.

El adenoma de célula basal corresponde aproximada-

mente al 54% de todos los adenomas monomórficos y representa del 1 al 3% de los tumores de las glándulas salivales mayores. Aunque es más frecuentemente observado en las mujeres cerca de los 60 años de edad, el amplio rango de edad (32 a 87 años) indica que el adenoma de célula basal debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de los tumores de glándulas salivales, aún en personas en la octava y novena década de la vida. La glándula parótida y las glándulas salivales menores del labio superior son los sitios comunes de éste tipo de tumor, siendo muy raro en la glándula submaxilar.

Macroscopicamente, los adenomas de célula basal son redondos u ovals en su forma y están encapsulados por un fino tejido fibroso conectivo. La superficie de corte es gris-blanco. En muchos casos, las formaciones quísticas contienen líquido mucinoso. En general los adenomas tienden a ser más pequeños que los tumores mixtos, su diámetro mayor es menor de 2 cm.

Tres patrones histológicos básicos se encuentran en los adenomas de célula basal: 1) Trabecular-tubular, 2) Sólido y 3) Canalicular.

Microscopicamente, los tumores están compuestos de un núcleo oscuro, redondo u oval, situado en un escaso citoplasma basófilo. Las células están dispuestas en nidos sólidos, yemas y cordones de hileras periféricas. El

parénquima y estroma están bien delimitados por una membrana basal prominente.

### 2.- Mioepitelioma.

El mioepitelioma es un tipo raro de adenoma monomórfico, representando menos del 1 % de todos los tumores de glándulas salivales. Su distribución, comportamiento clínico y apariencia macroscópica es similar al del tumor mixto. La mayoría de los pacientes con éste tumor son de la sexta década de la vida.

Microscópicamente, los mioepiteliomas exhiben tres tipos de células: fusiformes, plasmacitoides y células mixtas. Este adenoma frecuentemente se confunde con neurilemoma, tumor del músculo liso, fibroma y sarcomas de diferentes tipos.

### 3.- Oncocitoma.

El oncocitoma o adenoma oxifílico crece en la parótida, submaxilar y glándulas salivales menores. Representa menos del 1% de todos los tumores de glándulas salivales. Los pacientes con éste tumor generalmente son de edad avanzada, la edad promedio es de 72 años.

Cuando se encuentra en las glándulas salivales mayores, el oncocitoma está bien circunscrito y generalmente tiene una superficie de corte sólida y amarilla. Microscópicamente, está compuesto de células poliedricas grandes, de forma variable, con abundante citoplasma eo-

sinofílico granular. El núcleo frecuentemente es único y picnótico. Las células están dispuestas en columnas, cordones sólidos, y raramente en formaciones tubulares o acinares.

La característica peculiar de los oncocitomas es la presencia de verdaderos oncocitos que contienen un gran número de mitocondrias, en ausencia de éstas mitocondrias el oncocito no puede ser identificado con exactitud. La demostración del oncocito en lesiones controversiales requiere examinación ultraestructural. El diagnóstico de oncocitoma debe establecerse sólo cuando la lesión por entero contiene células oncocíticas.

#### 4.- Adenoma de células sebáceas.

Las células sebáceas están comunmente presentes dentro del tejido salival normal. Las neoplasias de células sebáceas de las glándulas salivales manifiestan dos formas: el linfadenoma sebáceo y el adenoma sebáceo.

##### a) Linfadenoma sebáceo.

El linfadenoma sebáceo es un tumor benigno de la glándula parótida. Como su nombre lo implica, el crecimiento está compuesto de glándulas sebáceas y conductos dentro de un tejido linfoide. Tiene una tendencia a originarse en el adulto joven y en la mujer añosa. En su naturaleza y origen el linfadenoma sebáceo es comparable

al tumor de Warthin. Ambos tumores crecen de los conductos glandulares, dentro de los nódulos linfáticos; el linfadenoma sebáceo probablemente crece de los conductos salivales intralobulares pequeños, mientras que el tumor de Warthin se origina de los conductos estriados.

b) Adenoma sebáceo.

El adenoma sebáceo consiste en numerosas glándulas sebáceas y grandes cavidades quísticas revestidas por epitelio y sostenidas por un estroma de tejido fibroso.

5.- Adenomas monomórficos adicionales.

Otros adenomas monomórficos de las glándulas mayores, tales como el adenoma del conducto salival, adenoma mucinoso y adenoma epidermoide capilar, han sido descritos en la literatura; éstos adenomas son infrecuentes.

d) Lesión linfoepitelial benigna.

Las cifras de incidencia de la lesión linfoepitelial benigna no están rutinariamente reportadas en la literatura. Estas lesiones se observan frecuentemente en la mujer particularmente aquellas con síndrome de Sjogren. La edad de los pacientes al inicio de los síntomas varía entre los 15 y 70 años, la mayoría en la quinta y sexta década de la vida.

La lesión linfoepitelial benigna puede ser difusa o focal, éstas últimas pueden ser o no encapsuladas. La superficie de corte es de consistencia abulada, lisa, parén-



quimulustroso, y su color rosado u obscuro. La capsula de la glándula salival permanece intacta.

La lesión linfopitelial benigna es una enfermedad caracterizada histológicamente por el cambio del parénquima salival por tejido linfoide conteniendo islas epiteliales, los cuales frecuentemente se refieren como -- "epimioepitelial". La manifestación histológica temprana de la lesión linfopitelial benigna es una infiltración focal periductal de linfocitos y células plasmáticas. Inicialmente, el infiltrado linfomatoso involucra solamente los conductos interlobulares; subsecuentemente, progresa hasta que el parénquima es reemplazado totalmente por células linfoides y solo persisten remanentes de los conductos. El componente linfoide de la lesión, frecuentemente aparece como una infiltración difusa y consistente en células plasmáticas, linfocitos maduros e inmunoblastos. Las islas epiteliales son de 2 tipos celulares distintos: una célula redonda con un pequeño núcleo y una célula cuboidal con un núcleo redondo y obscuro. (1, 3, 10, 11)

## TUMORES MALIGNOS

Los tumores malignos de glándulas salivales constituyen un grupo de lesiones a cerca de las cuales no se tienen estadísticas precisas.

En la mayoría de los reportes se estima que la incidencia de carcinomas primarios de las glándulas salivales es del 15 al 25% de todos los tumores de las glándulas salivales. La proporción de tumores malignos de las tres glándulas salivales mayores (parótida, submaxilar y sublingual) es de 40:10:1, respectivamente. La mayoría de los tumores de la sublingual son malignos.

La incidencia de los diferentes tipos de tumores varía. El más común de los tumores malignos de la glándula parótida es el mucoepidermoide y en las glándulas submaxilar y sublingual predomina el carcinoma adenocarcinoma quístico.

### 1.- Carcinoma mucoepidermoide.

Los carcinomas mucoepidermoides son observados en la mayoría de las glándulas salivales mayores, especialmente en la glándula parótida, la cuál es el sitio primario en el 69% de todos los carcinomas mucoepidermoides de las glándulas salivales. La neoplasia probablemente se origina en las células epiteliales de los conductos -

inter o intralobulares. Como su nombre lo implica, contiene productos mucinosos y células epiteliales de tipo epidermoide. El estudio de microscopía electrónica indica que ambas variedades de células podrían diferenciarse de las células intermedias, y que éstas células forman también parte del tumor.

La prevalencia del carcinoma mucoepidermoide es mayor en personas de la quinta década de la vida, sin embargo es el tumor maligno de glándulas salivales más común en los niños.

Tradicionalmente, basándose en su apariencia histológica y grado de anaplasia, el Ca mucoepidermoide ha sido clasificado como bien diferenciado (bajo grado), o pobre diferenciado (alto grado), aunque estudios cuidadosos muestran imágenes intermedias entre los 2 extremos. El grado de diferenciación se correlaciona con la extensión de la invasión local, con la incidencia de metástasis a nódulos linfáticos y con la supervivencia.

Macroscópicamente, los tumores de bajo grado de malignidad semejan un tumor mixto. Ellos están generalmente bien circunscritos y la superficie de corte muestra estructuras quísticas dilatadas conteniendo material mucoso, aunque varía en tamaño, raramente mide más de 3 cm. Los carcinomas intermedios y de alto grado de malignidad están mal circunscritos y la infiltración al tejido adyacente es una característica peculiar.

La superficie de corte carece de las formaciones quísticas, generalmente observadas en los tumores de baja malignidad.

Microscópicamente, la mayoría de los carcinomas mucopepidermoides de bajo grado de malignidad consiste en multiple tejido glandular bien desarrollado o en estructuras microquísticas revestidas por tejido mucinoso, intermedio o células epidermoides.

Conforme los carcinomas se hacen poco diferenciados, muestran una invasión local más extensa. Microscópicamente, los carcinomas de alto grado de malignidad tienden a formar nidos sólidos o cordones compuestos de células intermedias y epidermoides, con pocas células mucinosas. El grado de anaplasia, mitosis atípica, pleomorfismo nuclear e invasión de estructuras normales son obvios. La invasión perineural y metástasis a nódulos linfáticos están frecuentemente asociados.

## 2.- Carcinoma adenideo quístico.

El carcinoma adenideo quístico es el más común de los tumores malignos que se originan en las glándulas submaxilar, sublingual y salivales menores. La mayoría de los pacientes se encuentran entre los 40 y 60 años de edad. El sitio primario de los tumores se cree que son las células de reserva de los conductos intercanaliculares, las cuales pueden diferenciarse en células epi

teliales y mioepiteliales.

En el patrón histológico habitual, la mayoría de las células son pequeñas, oscuras y con escaso citoplasma. Las células están distribuidas en nidos que son fe nestrados por espacios redondos y ovales, creando la ca racterístico de patrón "cribiforme".

Como regla general, el carcinoma adenocístico crece lentamente y se disemina inexorablemente dentro de los tejidos adyacentes. Las metástasis hematológicas hacia los pulmones y huesos se observan tardíamente en el curso de la enfermedad. La metástasis a los nódulos linfáticos se presenta en muy pocas ocasiones.

El resto de los tumores malignos representan una minoría, correspondiendo frecuentemente a la malignización de algún tumor benigno, por lo que considero de poca importancia referirlos. (1,4,5,9,11)

## 5. PRESENTACION DE 12 CASOS

El conocer la incidencia de cualquier patología ayuda a determinar el manejo más conveniente para el enfermo, es por ello, que uno de los objetivos generales del presente trabajo es conocer la incidencia de tumores las glándulas salivales en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades Centro Médico Regional de Puebla, y a la vez definir algunos de los aspectos importantes de dicha patología, para realizar los objetivos, se realizó el estudio de los casos clínicos con tumores de glándulas salivales que se intervinieron quirúrgicamente y tuvieron resultado histopatológico, en el período comprendido del 1o de Enero al 31 de Diciembre de 1988.

Se presenta el trabajo con tablas numéricas y porcentuales, de las cuáles se obtienen los datos más significativos y se hacen comentarios al respecto en los casos necesarios.

-El número de consultas realizadas fué de 1104, de las cuáles sólo 12 casos presentaron tumor de glándulas salivales y que llenaron los requisitos antes referidos, por lo tanto se determinó una incidencia global del 1.08% de la patología tumoral de las glándulas salivales en el servicio de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades Centro Médico Regional de Puebla.

Diagnóstico Histopatológico

Adenoma Pleomórfico	4	33.3%
Adenoma Monomórfico	1	8.3%
Carcinoma Mucoepidermoide	2	16.8%
Carcinoma indiferenciado	1	8.3%
Tumor de Warthin	1	8.3%
Hemangiolinfangioma	1	8.3%
Quiste de inclusión	2	16.8%
Total	12	100.0%

Se obtiene un 74.0% de benignidad, lo cuál está de acuerdo con lo reportado en la literatura que reporta del 75 al 85 % de Benignidad.

Glándula Afectada

Parótida	6	50.0%
Submoxilar	4	33.4%
Sublingual	1	8.3%
Salival menor	1	8.3%
Total	12	100.0%

Como se aprecia, la más afectada fué la Parótida, en la literatura se reporta del 70 al 80%.

Sexo

Masculino	6	50%
Femenino	6	50%

Edad

Rango 13 a 82 años

Media 45.6 años

Mayor incidencia en la 4a decada de la vida

Glándula Parótida

Adenoma Pleomórfico	2	33.2%
Adenoma monomórfico	1	16.7%
Ca mucopidermoide	1	16.7%
Tumor de Warthin	1	16.7%
Quiste de inclusión	1	16.7%
Total	6	100.0%

Glándula Submaxilar

Adenoma pleomórfico	1	25.0%
Hemangioliinfangioma	1	25.0%
Ca indiferenciado	1	25.0%
Quiste de inclusión	1	25.0%
Total	4	100.0%

Glándula Sublingual 1 Ca MucopidermoideGlándula Salival Menor 1 Adenoma Pleomórfico



### 5.1 CONCLUSIONES

1.- La incidencia de los tumores de glándulas salivales en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades CHRP corresponde al 1.02%.

2.- La patología tumoral benigna es la más frecuente, 74.0%, en el servicio de CCC del HE CHRP.

3.- La glándula salival más afectada fue la parótida, 50% de los casos.

4.- La neoplasia más frecuente fue el Adenoma Pleomórfico, 33.3% de los casos.

5.- De las neoplasias malignas la más frecuente fue en Carcinoma Mucoepidermoide, 66.6% de los casos.

6.- Existió estirpe histológica variada.

7.- No existió predominio de sexo.

8.- Rango de edad amplio.

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

1.- Langton J.D.: Tumors of the salivary glands. Journal Oral and Maxillofacial Surgery, 1985; 43:638-92.

2.- Crabtree Gary M.; Yarrington C.T.: Submandibular gland excision. Laryngoscope 1988; 98:1044-45.

3.- Lars-Goran Hansson and Johansen Carl C.: CT sialography in the investigation of parotid masses. Oral Surgery 1987;64:494-500.

4.- Batsakis J. y col.: Perinatal tumors of the salivary glands. The Journal of Laryngology and Otology 1988; 97:204-6.

5.- Batsakis y col.: Carcinoma of salivary glands Mayor. Arch. of Otolaryngology 1984; 66:622-27.

6.- Nishijima W.; Tokita N. y col.: Adenocarcinoma of the sublingual gland: Case report and 50 years review of the literature. Laryngoscope, 1984; 94:96-101.

7.- Randal S. Weber; J. Mark Palmer y Col.: Minor salivary gland tumors of the lip and bucal mucosa. Laryngoscope, 1988; 98:6-9.

8.- Sarada P. Reddy; James E. Marks: Treatment of locally advanced, high-grade, malignant tumors of major salivary glands. Laryngoscope 1986; 96:904-7.

9.- Simpson J.R.; Matsuba H. M. y col.; Improved treatment of salivary adenocarcinomas planned combined surgery and irradiation. Laryngoscope 1988; 98:450-6.

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

10.- Tran Luu; Hanson D. y col.; Salivary glands tumors of the palate: The UCLA experience. Laryngoscope 1987; 97:1343-45.

11.- Stanley E. Thawley and William R. Paiye: -- Comprehensive Management of the Head and Neck Tumor, - 4a. ed. 1987 Saunders Company; 1042-1156.

12.- M. Paparella and J. Shumrick: Otolaryngology, 2a ed. 1982 Editorial Panamericana; 1023-152.