

305

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FERECUENCIA DE NEOPLASIAS EN
GLANDULAS SALIVALES DEL ARCHIVO DEL
LABORATORIO DE PATOLOGIA BUCAL DE
LA DEPEI DE LA FO DE 1995 A MARZO DEL
2001

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

AURORA LUCERO REYES

DIRECTORA: M.O. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS
ASESOR: CD. DANIEL QUEZADA RIVERA

MÉXICO, D.F. Octubre del 2001



297782

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Aurora Lucero Reyes', written in a cursive style.





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 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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, por la vida, por cada instante que se manifiesta mostrándome su amor y misericordia.

A mis padres Alfonso Lucero G. y Emma Reyes de L. por estar siempre conmigo, apoyándome, por ser ejemplo, por construir una hermosa familia y por enseñarme a valorar todo en la vida buscando siempre el bien a los demás.

A mis hermanos Arsinoe, Alfonso, Zahira y Juan Pablo, compañeros de risas y llanto, gracias porque con cada uno he crecido llena de cariño, sabiendo que siempre están aquí.

A mi tía Ma. de los Angeles Aviña de Lucero † por su apoyo, sus consejos, su dulzura y por regalarme estos años.

A mi tío Pbro. Pedro Andrade, por guiarme con sus consejos, enseñándome que el cariño va más allá de los lazos sanguíneos.

A Esaul por estar aquí, por su amor, por ser canción y cenit, por enseñarme que todo sacrificio tiene su recompensa.

A la JUFRA por ser parte medular en mi formación, por darme el mejor ideal San Francisco de Asís.

A la UNAM y a la Facultad de Odontología por ser casa abierta al aprendizaje, no importando lengua, raza o nivel social.

A la Mtra. Beatriz Aldape B. por su paciencia, confianza, amistad y por todas las cosas que me ha enseñado siendo ejemplo de superación.

Al CD Bernardo Cruz L. y CD Daniel Quezada R. por su amistad, ayuda y enseñanza.

A Dolores, Rey, Fabian, Arturo y Gerardo por su ayuda, amistad, por compartir risas, presiones y preocupaciones.

Y a todos los que han estado en mi vida en los buenos y los malos momentos porque son experiencia y ejemplo de seguir adelante.



INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES	3-12
CLASIFICACIÓN DE NEOPLASIAS DE GLÁNDULAS SALIVALES	17-24
DEFINICIONES	25-27
INMUNOHISTOQUÍMICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	28-30
ADENOMA PLEOMORFO	31-39
HISTOGÉNESIS	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	
HISTOPATOLOGIA	
INMUNOHISTOQUÍMICA	
TRATAMIENTO	
PRONÓSTICO	
CARCINOMA EX ADENOMA PLEOMORFO	40-41
DEFINICIÓN	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	
HISTOPATOLOGIA	
TRATAMIENTO	
PRONÓSTICO	
ADENOCARCINOMA	42-47
DEFINICIÓN	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	
HISTOPATOLOGIA	
INMUNOHISTOQUÍMICA	
TRATAMIENTO	



CARCINOMA MUCOEPIDERMOIDE	48-55
DEFINICIÓN	
EPIDEMIOLOGÍA	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	
HISTOPATOLOGIA	
INMUNOHISTOQUIMICA	
TRATAMIENTO	
PRONÓSTICO	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	56
JUSTIFICACIÓN	56
MATERIALES Y MÉTODOS	57- 59
RESULTADOS	60- 66
DISCUSIÓN	67
CONCLUSIÓN	68
GLOSARIO	69- 70
REFERENCIAS	71- 73



**BENIGN AND MALIGNANT NEOPLASIAS FREQUENCY IN SALIVARY
GLANDS ORAL PATHOLOGY DEPARTMENT ARCHIVES, SCHOOL OF
DENTISTRY, UNAM
LUCERO A., ALDAPE B., QUEZADA D.**

The aim of this study was to determine the frequency of benign and malignant neoplasm in salivary glands. Data was collected from the oral pathology department archives of the School of Dentistry, National Autonomous University of Mexico.

Three thousand eight hundred and four cases dating from early 1995 to March 2001 were analyzed (100%). Only in 22 of the total cases, which represented a 0.57%, some sort of salivary gland neoplasm was present. Pleomorphic adenoma was the commonest, present in 19 of the latter cases (85.9%), followed by adenocarcinoma observed in 2 cases more (8.77%) and epidermoid carcinoma detected in only 1 case (4.56%). Neoplasm were mainly found on the palate and the submandibular region.

The patients' age range was 20 to 80 with a mean of 39. Fifty six point five percent of the subjects were females whereas 43.5% were males, giving a ratio of 1:1. The School of Dentistry, UNAM referred 19 of the 22 cases; ISSSTE (community health care agency), from Mexico City and Pachuca, directed 2; and a private hospital from Los Mochis, Sinaloa sent one more.

Besides showing that, as literature reports, Pleomorphic Adenoma is the most common kind of neoplasia; results proved that salivary gland tumors are not frequently found among the patients treated at the Department of Pathology at the School of Dentistry, UNAM.



RESUMEN

El propósito de este estudio fue determinar la frecuencia de neoplasias benignas y malignas en glándulas salivales del archivo de Patología Bucal de la DEPEI de la FO, UNAM, de 1995 a marzo 2001.

Se obtuvieron los datos del archivo revisando 3804 casos (100%) en este periodo, resultando 398 neoplasias en general, de los cuales solo 22 resultaron ser neoplasias en glándulas salivales, representando el 0.57%. Se revisaron los especímenes de los cuales el Adenoma Pleomorfo 19 (85.9%) fue el más frecuente, Adenocarcinoma 2 (8.77%), Carcinoma Mucoepidermoide 1 (4.56%). Estas neoplasias se presentaron entre la 2da. y 8va. década de la vida, el promedio de edad fue de 39 años; la localización más frecuente fue el paladar, seguido de la región submandibular. Se presentó en mujeres en un 56.5% y hombres en un 43.5.% por lo que la relación hombre-mujer es 1:1.

Del total de casos 19 fueron referidos por la Facultad de Odontología de la UNAM, 1 por el ISSSTE D.F. (Hospital de servicio público), 1 del ISSSTE Pachuca y 1 de servicio particular (Los Mochis, Sinaloa).

Estos resultados comprueban que los tumores en glándulas salivales son raros en los servicios de Patología Bucal de las escuelas de Odontología y que la neoplasia más frecuente es el adenoma pleomorfo, como es reportado en la literatura.



INTRODUCCIÓN

Las glándulas salivales mayores (parótida, submandibular y sublingual), localizadas en cabeza y cuello, y las glándulas salivales menores localizadas en la cavidad bucal. Las glándulas salivales tienen capacidad de generar un amplio espectro de neoplasias.

En las revisiones que han hecho diversos autores refieren que las neoplasias en glándulas salivales ocupan el 5% al 6% de todos los tumores de cabeza y cuello.^{1,2,3,4,5} La glándula parótida, es el sitio más frecuente de las neoplasias seguido por la glándula submandibular y submaxilar. En este estudio el interés fue conocer la frecuencia de las neoplasias benignas y malignas en glándulas salivales, de los especímenes que son enviados por la Facultad de Odontología, de otros servicios de atención como son el ISSSTE y servicios particulares.

Se revisó el archivo del laboratorio de patología bucal de la DEPEl de la FO de 1995 a marzo 2001, de un total de 3804 casos, 398 fueron neoplasias en general y 22 casos fueron diagnosticados como neoplasias en glándulas salivales, se corroboró el diagnóstico histopatológico, revisando en el microscopio los especímenes.

Se obtuvo la frecuencia por tipo de neoplasia, por localización, edad, género y la distribución por año.



ANTECEDENTES

Los procesos patológicos salivales según Frazell en 1954 representaban el 5% de todas las neoplasias benignas y malignas en cabeza y cuello. Los tumores de las glándulas salivales mayores comprometen cerca del 10% de cáncer en boca y estructuras adyacentes teniendo una incidencia de 1 a 2% de todas las neoplasias.¹

En un periodo de 1950 a 1966, los tumores de glándulas salivales, específicamente el carcinoma linfoepitelial representaba un 25% del cáncer que afectaban a la población, según el central Canadian Arctic.²

Eneroth CM, en 1964 refiere que los tumores de glándulas salivales ocurren en 3 de cada 100 000 personas.¹

Lindeman H., en 1970 refiere que las neoplasias en glándulas salivales constituían el 2% de todas las neoplasias de cabeza y cuello.³

Lennox B., en 1978 mostraron que la incidencia anual de las neoplasias en glándulas salivales era de 4.2 por cada 100 000 personas, ellos notaron errores en el reporte de la incidencia de los tumores.³

Registros del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos de 1982 a 1986 mostraron que la incidencia de neoplasias en glándulas salivales en todas las razas y géneros era de 0.9 casos por cada 100 000 personas. Las neoplasias malignas comprometen entre 35 y 40% de los tumores en glándulas salivales, pero estimaron que la incidencia anual de las neoplasias benignas y malignas de las glándulas salivales en Estados Unidos era de 2.2 a 2.5 casos por cada 100 000 personas.⁴

Spiro RH, en 1982 reportó que de algunos centros de tratamiento de tumores de glándulas salivales estos representaban el 1% de las admisiones en general, y el 6.5% de las admisiones para neoplasias de cabeza y cuello



La incidencia de los carcinomas en un periodo de 49 años de 1935 a 1984 disminuyó de 3.9 a 0.9 casos por cada 100 000 personas.³

El promedio anual en 1987 por cada 100 000 personas era de 4.9 casos para adenomas, 1.6 casos para carcinomas y 6.5 casos para el resto de las neoplasias de glándulas salivales.

En la cavidad bucal se encuentran tres glándulas mayores: parótida, submandibular, sublingual. Las glándulas salivales mucosas menores, se distribuyen en toda la cavidad bucal a excepción del dorso de la lengua y la encía.

Casi todas tienen origen epitelial y se consideran derivadas de los conductos y de los acinos. Tienen capacidad para generar un amplio espectro de neoplasias. Además de las neoplasias epiteliales, pueden surgir lesiones benignas de los elementos de tejido conectivo.

De las tres glándulas salivales mayores, la parótida es el sitio donde más a menudo se presentan, cerca del 85 y 90% de los tumores ocurren aquí. Cerca del 55% de las neoplasias salivales ocurren en el paladar y cerca del 15% en el labio.⁵

Adenoma Pleomorfo es del 60 al 70% de todos los tumores de glándulas salivales mayores. Los tumores Mucoepidermoides constituyen el 5 por ciento. El Carcinoma Adenoideo Quístico es arriba del 5%.¹

Un rasgo común a todos estos procesos es el aumento de volumen o tumor de la región glandular.

La mayoría de las neoplasias de las glándulas salivales afectan a los componentes ductal y secretor, y la mayor parte de las neoplasias derivan de los distintos tipos celulares glandulares^{5,6}



ANATOMIA Y MORFOLOGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

Las glándulas salivales son responsables de la producción, modificación y secreción de saliva, la cual ayuda en la masticación, deglución, digestión y protección de dientes y tejidos blandos. Estas glándulas exócrinas se encuentran estructuralmente organizadas en tres pares mayores bilaterales y en glándulas salivales menores.⁷

En cabeza y cuello se encuentran tres glándulas mayores:

- parótida
- submandibular
- sublingual

y en cavidad bucal:

- glándulas salivales mucosas menores

Se distribuyen en toda la cavidad bucal a excepción del dorso de la lengua y la encía.

La parótida es la más grande glándula salival y pesa de 15 a 30 gramos. Está encerrada por una cápsula de la fascia cervical profunda y es ubicada en el lecho parotideo, anterior al oído y cerca de la rama de la mandíbula. Una porción superficial de la glándula descansa cerca del músculo masetero y a distancia del arco zigomático, la glándula abarca muchas estructuras en esta región: arterias carótida interna y externa y diversas ramas, la vena yugular interna y algunas de las tributarias; el nervio facial y la rama auriculotemporal del nervio trigémino, y algunos pequeños nódulos linfoides parotideos.³

La glándula submandibular está localizada en el triangulo submandibular, en un espacio limitado por el vientre anterior y posterior del músculo digástrico y el borde inferior del cuerpo de la mandíbula, que junto con el músculo milohioideo forman el piso. La glándula pesa de 10 a 15 gr.,



descansa en el espacio del triangulo. Su superficie profunda está en contacto con el milohioideo, hiogloso, estiloso y estilohioideo.³

La glándula sublingual es la más pequeña de las glándulas mayores, pesando de 1.5 a 2.5gr. Se encuentra en el piso de la boca, cubierta por la mucosa bucal y descansa en el músculo geniogloso de la lengua y en la fosa sublingual en cara interna del cuerpo de la mandíbula.³

Excepto por la encía y el paladar duro las glándulas salivales menores están localizadas en la submucosa de la cavidad oral. Hay alrededor de 500 a 1000 estructuras glandulares presentes, las cuales en su mayoría son mucosas. La mayor excepción es la glándula serosa de Ebner localizada en la papila circunvalada de la lengua.³

Las glándulas consisten de acinos , conductos y tejido conectivo.

Los acinos pueden ser cilíndricos, en forma de uva o peras (glándulas alveolares) o en forma de sacos (glándulas saculares).Las glándulas pueden estar compuestas por acinos que son exclusivamente tubulares, alveolares o saculares. Los lumenes de los acinos serosos son angostos, los de acinos productores de moco viscoso son amplios.⁸

El conducto secretor mayor de la glándula se divide progresivamente en pequeños conductos estriados. Esos conductos secretores estriados se dividen en ramas dentro de los pequeños conductos intercalados, los cuales terminan en estructuras secretoras terminales. Estas estructuras terminales varían en tamaño, forma y número de células.

Ellos varían de estructuras poligonales multilobuladas a tubulares o estructuras tubulares simples. En general, las glándulas mucinosas se disponen en piezas finales dentro de configuraciones tubulares, donde las glándulas serosas toman forma esférica.³



HISTOGÉNESIS DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

Las glándulas salivales principales y las glándulas salivales accesorias se originan del ectodermo. El patrón de desarrollo es idéntico, independientemente de la capa germinativa de origen. Cada una empieza como una sólida prolongación de epitelio hacia abajo, hacia el mesenquima. A medida que el cordón se alarga, penetrando profundamente en el tejido conectivo, los extremos comienzan a ramificarse.⁸

Las glándulas salivales, derivan embriológicamente del ectodermo primitivo del estomodeo. Los primordios glandulares penetran en la submucosa en forma de invaginaciones tubulares que acaban diferenciándose en engrosamientos terminales con capacidad secretora.

Una glándula madura puede contener tres tipos de células acinares (secretoras):

- mucosas
- serosas
- seromucosas

Las células acinares están rodeadas por células mioepiteliales contráctiles rodeadas por una membrana basal. Los líquidos y proteínas secretados pasan a los conductos intercalados y terminales del epitelio cúbico y avanzan hacia los conductos estriados, ricos en mitocondrias. Estos dos elementos ductales de la glándula salival son componentes de los conductos intralobulillares.

Al salir a la superficie, estos conductos están revestidos por epitelio plano estratificado, aunque algunos poseen todavía células cúbicas orientadas hacia la luz.⁵

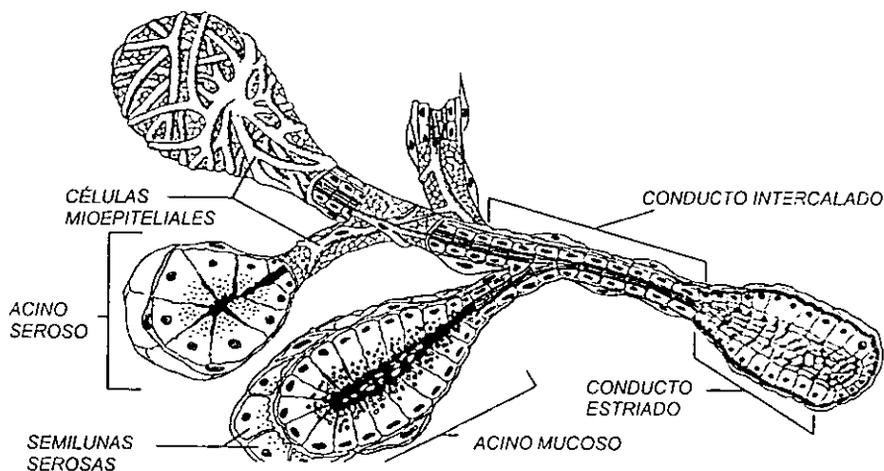


FIGURA 1.- Anatomía de las glándulas salivales.³

Todas las glándulas salivales mayores se desarrollan del discreto engrosamiento del epitelio del estomodeo. La glándula parótida se cree se desarrolla del ectodermo bucal, considerando que la glándula submandibular y sublingual se desarrollan de la capa germinativa del endodermo.⁵

Independientemente de su tamaño o complejidad, las glándulas consisten en acinos (porciones secretorias finales), conductos y tejido conectivo, el cual se encarga de unir, dividir y encapsular la glándula, también para llevar elementos vasculares, linfáticos y nerviosos a la glándula.

Los acinos pueden ser tubulares, alveolares o saculares. Las más complejas tienen porciones finales tubuloalveolares.

Una capa simple de células epiteliales cilíndricas o piramidales constituye al acino. La base de las células que forman los acinos y sus conductos descansa sobre una membrana basal. Las superficies distales de las células forman el lumen.⁹



Células serosas

Son cilíndricas o piramidales. El núcleo es redondeado y se localiza en la mitad basal de las células. No están estrechamente unidas entre sí, porque pueden observarse con tinción especial pequeños espacios intercelulares que forman conductillos secretores que se abren en el acino.⁹

Células mucosas

Son semejantes a las serosas, su diferencia es que incluye membranas celulares laterales con ausencia de conductillos secretores, tienen secreción viscosa y densa.⁹



Célula mucosa



Célula seromucosa

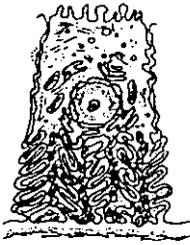
FIGURA 2 Vista al microscopio electrónico³

Células mioepiteliales

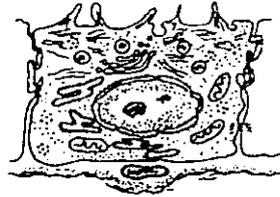
Se encuentran rodeando los acinos y sus conductos contiguos, son prolongaciones ramificadas de células estrelladas planas, también conocidas como células basales, también poseen la capacidad de contraerse .

Un rasgo común a todos estos procesos es el aumento de volumen o tumor de la región glandular.

La mayoría de las neoplasias en las glándulas salivales afectan a los componentes ductal y secretor, y la mayor parte de las enfermedades neoplásicas derivan de los distintos tipos celulares glandulares.^{5,6}



Célula del conducto estriado



Célula del conducto intercalado

FIGURA 3 Células vistas por microscopio electrónico³

Los tumores en glándulas salivales comprenden los de las glándulas mayores (parótida, submandibular y sublingual) o las glándulas menores (mucosa bucal, paladar, úvula, piso de la boca, lengua posterior, área retromolar y área peritonsilar, faringe, laringe y senos paranasales). La glándula parótida es el sitio más común de tumores de la glándula salival mayor y el paladar es el sitio más común de tumores de la glándula salival menor. Aproximadamente el 20%-25% de los tumores parotídeos, el 35%-40% de los tumores submandibulares, el 50% de los tumores del paladar y el 95%-100% de los tumores de la glándula sublingual son malignos. Los tumores de la glándula salival en etapa inicial de bajo grado generalmente son curables por medio de resección quirúrgica solamente. El pronóstico es más favorable cuando el tumor se encuentra en las glándulas salivales mayores, particularmente en la parótida; menos favorable cuando se localiza en la glándula submandibular y aun menos favorable cuando se encuentra en la glándula sublingual o en una glándula salival menor. Los tumores de alto grado tienen un pronóstico más precario y pueden tratarse mejor por resección quirúrgica combinada con irradiación postoperatoria. El pronóstico



también depende de la glándula de origen; la histología; el grado (grado de malignidad); el grado del tumor primario (etapa) y de si el tumor afecta el nervio facial, tiene fijación a la piel o estructuras profundas o se ha diseminado a ganglios linfáticos o sitios distantes. También puede ocurrir invasión perineural, particularmente en carcinoma adenoideo quístico de alto grado y deberá ser identificado y tratado específicamente.

La radioterapia podría proveer control local y un aumento en el beneficio de la supervivencia cuando no se pueden obtener márgenes adecuados. Los tumores recidivantes o que no se pueden reseca pueden responder a quimioterapia. La radioterapia con haz de neutrones rápidos o los esquemas con haz de fotones hiperfraccionados acelerados han demostrado ser eficaces en el tratamiento de tumores inoperables, recidivantes y que no se eliminan.¹⁰

LOCALIZACION DE TUMORES EPITELIALES PRIMARIOS
EN GLÁNDULAS SALIVALES¹¹

AUTOR (AÑO)	#DE CASOS	PAROTIDA	SUBMANDIBULAR	SUBLINGUAL	MENORES
EVESON Y CAWSON (1985)	2,410	3%	11%	0.3%	14%
SEIFERT (1986)	2,579	80%	10%	1%	9%
SPIRO (1986)	2,807	70%	8%	(incluido con tumores de glándulas menores)	22%
ELLIS (1991)	13,749	64%	10%	0.3%	23%

TABLA 1

TUMORES EN PARÓTIDA¹¹

	ELLIS (E.U. 1991)	EVESON Y CAWSON (GRAN BRETAÑA, 1985)	THACRAY Y LUCAS (GRAN BRETAÑA, 1974)	ENROTH (SUIZA, 1971)	FOOTE Y FRAZEL (E.U. 1953)
TOTAL #DE CASOS	8,222	1,756	661	2,158	764
TUMORES BENIGNOS					
Adenoma pleomorfo	53.0%	63.3%	72.0%	76.8%	58.5%
Tumor de Whartin	7.7%	14.0%	9.0%	4.7%	6.5%
Oncocitoma	1.9%	0.9%	0.6%	1.0%	0.1%
Adenoma de células Basales	1.4%	--	--	--	--
Otros tumores benignos	3.7%	7.1%	1.8%	--	0.7%
TOTAL	67.7%	85.3%	83.4%	82.5%	85.8%



	ELLIS (E.U. 1991)	EVESON Y CAWSON (GRAN BRÉTAÑA, 1985)	THACRAY Y LUCAS (GRAN BRÉTAÑA, 1974)	ENROTH (SUIZA, 1971)	FOOTE Y FRAZEL (E.U. 1953)
TUMORES MALIGNOS					
Carcinoma mucoepidermoide	9.6%	1.5%	2.3%	4.1%	11.8%
Adenocarcinoma de células acinares	8.6%	2.5%	1.2%	3.1%	2.7%
Carcinoma adenoideo quístico	2.0%	2.0%	3.3%	2.3%	2.1%
Tumor mixto maligno	2.5%	3.2%	4.1%	1.5%	6.0%
Carcinoma de células escamosas	2.1%	1.1%	1.0%	0.3%	3.4%
Otros tumores malignos	7.5%	4.4%	4.7%	6.3%	8.1%
TOTAL	32.3%	14.7%	16.6%	17.5%	34.2%

TABLA 2

TUMORES EN GLANDULAS SALIVALES MENORES ¹¹

	ELLIS (1991)	WALDRON (1998)	EVESON Y CAWSON (1985)
TOTAL #DE CASOS	3355	426	336
TUMORES BENIGNOS			
Adenoma Pleomorfo	38.1%	40.8%	42.6%
Adenoma monomorfo (canalicular y	4.5%	10.8%	11.0%

de células basales)			
Otros tumores benignos	8.8%	5.9%	--
TOTAL	51.3%	57.5%	53.6%

TUMORES MALIGNOS

Carcinoma mucoepidermoide	21.5%	15.3%	8.9%
Adenocarcinoma de células acinares	3.5%	3.5%	1.8%
Carcinoma adenoideo quístico	7.7%	9.4%	13.1%
Tumor mixto maligno	1.7%	1.4%	7.1%
Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado	2.2%	11.0%	--
Otros tumores malignos	12.1%	1.9%	--
TOTAL	48.7%	42.5%	46.4%

TABLA 3

LOCALIZACIÓN DE TUMORES EN GLANDULAS SALIVALES MENORES ¹¹

AUTOR (AÑO)	#DE CASOS	PALADAR	LABIOS BUCAL	RETROMOLAR	PISO DE BOCA	LENGUA	OTRO
Eveson y Cawson (1985)	336	54%	21%	1%	--	4%	8%
Waldron (1998)	426	42%	22%	5%	5%	1%	9%
Ellis (1991)	3355	44%	21%	2%	3%	5%	12%

TABLA 4



TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES EN PALADAR¹¹

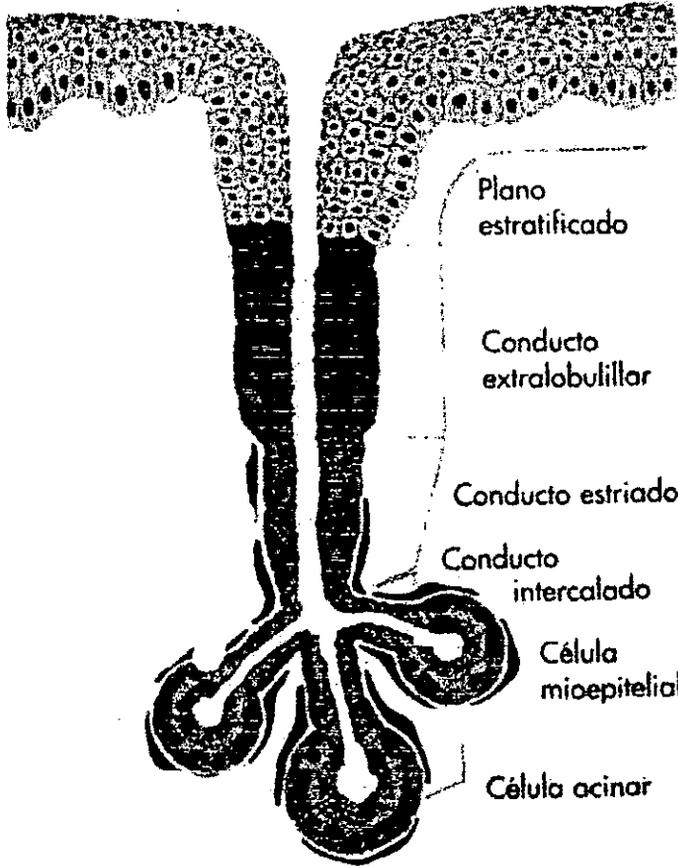
	ELLIS (1991)	WALDRON (1988)	EVESON Y CAWSON (1985)
TOTAL # DE CASOS	1478	181	183
TUMORES BENIGNOS			
Adenoma pleomorfo	48.2%	51.9%	47.0%
Otros tumores benignos	53.2%	58.0%	53.0%
TUMORES MALIGNOS			
Carcinoma mucoepidermoide	20.7%	9.9%	9.3%
Adenocarcinoma de células acinares	1.4%	1.7%	1.1%
Carcinoma adenoideo quístico	8.3%	10.5%	15.3%
Tumor mixto maligno	2.4%	2.2%	8.2%
Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado	3.0%	16.0%	--
Otros tumores malignos	11.0%	1.7%	13.1%
TOTAL	46.8%	42.0%	47.0%

TABLA 5

TUMORES EN GLANDULAS SALIVALES MENORES PORCENTAJE DE MALIGNIDAD POR LOCALIZACION ¹¹

AUTOR AÑO	PALADAR	LABIO SUPERIOR	LABIO INFERIOR	BUCAL	INTRAORAL	PISO DE BOCA	LENGUA
Everson y Cawson (1985)	47%	25%	50%	50%	60%	--	92%
Waldrón (1988)	42%	14%	86%	46%	91%	80%	75%
Ellis (1991)	47%	22%	60%	50%	90%	88%	86%

TABLA6





Clasificación de Neoplasias de Glándulas Salivales

Clasificación por Foote y Frazell, 1954³

Benignas

- Tumor mixto
- Cistadenoma Papilar Linfomatoso
- Adenoma Oxifilico
- Adenoma de Células Sebáceas
- Lesión Linfoepitelial Benigna
- Sin clasificación

Malignas

- Tumor Mixto Maligno
- Tumor mucoepidermoide, alto y bajo grado
- Carcinoma de células escamosas
- Adenocarcinoma
 - Quiste Adenoideo
 - Trabecular o sólido
 - Anaplásico
 - Células mucosas
 - Pseudoadamantino
 - Células Actínicas

Sin clasificar



CLASIFICACIÓN EVANS Y CRUICKSHANK, 1970³

Tumores Epiteliales

Benignos

- Tumor mixto
- Adenofinoma
- Tumor mucoepidermoide
- Adenoma de células acinares
- Adenoma Sólido
- Adenoma Tubular sólido
- Adenoma de células basales
- Oncocitoma
- Adenoma de células claras
- Adenoma Sebáceo
- Linfoma Sebáceo
- Papiloma intraductal
- Quiste mucinoso

Malignos

- Carcinoma ex tumor mixto
- Tumor mixto maligno
- Tumor mucoepidermoide
- Carcinoma de células acinares
- Carcinoma Adenoquistico
- Tumor maligno de células basales
- Adenocarcinoma
- Carcinoma Sebáceo
- Carcinoma Intraductal
- Carcinoma Indiferenciado
 - Células espinosas
 - Esferoidal
 - Trabecular
- Carcinoma de células escamosas
- Carcinoma papilar
- Adenoacantoma
- Oncocitoma Maligno
- Carcinoma del conducto salival

Tumores de tejido conectivo

- Hemangioma
- Linfangioma
- Lipoma
- Fibrosarcoma
- Condrosarcoma

Tumores misceláneos

- Linfoma maligno
- Melanoma
- Neuroblastoma
- Mielomatosis
- Quiste Branquial



Neurilemoma
Neurofibroma
Embrioma
Tumores metastásicos

CLASIFICACIÓN POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1972³

Tumores Epiteliales
Adenomas
Adenoma Pleomorfo
Adenoma Monomorfo
Adenolinfoma
Adenoma Oxifílico
Otros
Tumor mucoepidermoide
Tumor de células acinares
Carcinomas
Carcinoma Adenoideo Quístico
Adenocarcinoma
Carcinoma Epidermoide
Carcinoma Indiferenciado
Carcinoma en Adenoma Pleomorfo
Tumores no epiteliales
Tumores sin clasificar
Condiciones relacionadas
Lesión linfoepitelial benigna
Sialosis
Oncocitosis

CLASIFICACIÓN THACKRAY Y LUCAS, 1974³

Adenomas
Adenoma Pleomorfo
Adenoma Monomorfo
Adenolinfoma
Adenoma Oxifílico
Adenoma Tubular
Adenoma de células claras
Adenoma de células basales
Linfadenoma Sebáceo
Tumor mucoepidermoide
Tumor de células acinares
Carcinomas
Carcinoma Adenoideo quístico
Adenocarcinoma
Carcinoma Epidermoide



Carcinoma Indiferenciado
Carcinoma en Adenoma Pleomorfo
Lesión linfoepitelial maligna
Tejido Conectivo y otros Tumores
Benignos
Hemangioma
Linfangioma
Lipoma
Neurinoma
Sarcoma
Linfoma
Tumores Metastásicos

CLASIFICACIÓN BATSAKIS, 1979³

Benignas

Tumor mixto
Cistadenoma Papilar Linfomatoso (Tumor de Whartin)
Oncocitoma
Tumores Monomórficos
Adenoma de células basales
Adenoma rico en glicógeno
Adenoma de células claras
Adenoma membranoso
Mioepitelioma
Tumores Sebáceos
Adenoma
Linfadenoma
Adenoma papilar ductal (papiloma)
Lesión linfoepitelial benigna
Sin clasificación

Malignas

Carcinoma ex adenoma pleomorfo
Tumor mixto maligno
Carcinoma mucoepidermoide: bajo grado, grado intermedio, alto grado
Carcinoma adenoideo quístico
Carcinoma de células acinares
Adenocarcinoma
Adenopapilar productor de mucosa y carcinoma no papilar
Carcinoma del conducto salival
Otro
Carcinoma oncocítico
Carcinoma de células claras
Carcinoma de células escamosas
Adenoma híbrido de células basales y carcinoma adenoideo quístico
Carcinoma indiferenciado



Carcinoma mioepitelial y epitelial
Misceláneos
Sin clasificar.

CLASIFICACIÓN SEIFERT 1986 ³

Adenomas

- Adenoma pleomorfo
- Adenoma monomorfo
 - Cistadenolinfoma
 - Adenoma ductal
 - Adenoma de células basales
 - Oncocitoma
 - Adenoma Sebáceo
 - Adenoma de células claras
 - Otros

Tumores Epiteliales

- Tumor Mucoepidermoide Malignos
- Tumor de células acinares
- Carcinoma
 - Carcinoma Adenoideo quístico
 - Adenocarcinoma
 - Carcinoma de células escamosas
 - Carcinoma ex adenoma pleomorfo
 - Carcinoma ductal
 - Carcinoma indiferenciado
 - Otro

Tumores no epiteliales

Tumores Metastásicos

AFIP Clasificación Ellis y Auclair en 1990 ³

Neoplasias Epiteliales Primarias

Benignas

- Tumor Mixto (Adenoma Pleomorfo)
- Cistadenoma Papilar Linfomatoso (Tumor De Warthin)
- Oncocitoma
- Cistadenoma
- Adenoma de Células Basales
- Adenoma Canalicular
- Papiloma Ductal
 - Sialoadenoma papilleferum
 - Papiloma Ductal Invertido
 - Papiloma Intraductal



- Mioepitelioma
- Adenomas Sebáceos
 - Adenoma Sebáceo
 - Linfadenoma Sebáceo
- Adenoma no especificado
- Malignas
 - Bajo-grado
 - Carcinoma Mucoepidermoide
 - Adenocarcinoma de células acinares
 - Adenocarcinoma polimorfo
 - Adenocarcinoma de células basales
 - Adenocarcinoma
 - Metástasis de Tumor Mixto
 - Grado Intermedio
 - Carcinoma Mucoepidermoide, grado intermedio
 - Carcinoma Adenoideo Quístico, cribiforme tubular
 - Carcinoma Epitelial-mioepitelial
 - Adenocarcinoma, grado intermedio
 - Carcinoma de células claras
 - Cistadenocarcinoma
 - Papilar
 - No papilar
 - Carcinoma Sebáceo
 - Carcinoma Sebáceo
 - Linfadenocarcinoma Sebáceo
 - Adenocarcinoma Mucinoso
 - Alto Grado
 - Carcinoma mucoepidermoide, grado ligero
 - Carcinoma adenoideo quístico, sólido
 - Tumor mixto maligno
 - Carcinoma ex tumor mixto
 - Carcinosarcoma
 - Adenocarcinoma, sin otra especificación, de grado leve
 - Carcinoma de células escamosas
 - Carcinoma Indiferenciado
 - Carcinoma de células pequeñas
 - Carcinoma linfoepitelial (lesión linfoepitelial maligna)
 - Otros
 - Carcinoma Oncocítico
 - Carcinoma Adenoescamoso
 - Carcinoma de los conductos salivales
 - Carcinoma mioepitelial
- Neoplasias no Epiteliales de las Glándulas Salivales Mayores
 - Benignas Mesenquimatosas
 - Hemangioma
 - Schwannoma
 - Neurofibroma



- Lipoma
- Otros
- Sarcomas
 - Hemangiopericitoma
 - Schwannoma maligno
 - Fibrosarcoma
 - Histiocitoma fibroso maligno
 - Rabdomiosarcoma
 - Otros
- Linfomas
 - Linfoma no Hodgking
 - Enfermedad de Hodgkin
- Neoplasias Metastásicas
 - Melanoma Maligno
 - Carcinoma de Células Escamosas
 - Carcinoma de Células Renales
 - Carcinoma Tiroideo
 - Otros

CLASIFICACIÓN OMS 1992^E

- Adenoma pleomorfo
 - Mioepitelioma
 - Adenoma de células basales
 - Tumor de Whartin (adenolinfoma)
 - Oncocitoma
 - Adenoma canalicular
 - Adenoma sebaceo
 - Papiloma ductal
 - Papiloma ductal invertido
 - Papiloma intraductal
 - Sialoadenoma papilífero
 - Cistadenoma
 - Cistadenoma papilar
 - cistadenoma mucinoso
- Carcinomas
 - Carcinoma de células acinares
 - Carcinoma mucoepidermoide
 - Carcinoma adenoideo quístico
 - Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado (Adenocarcinoma de los conductos terminales)
 - Carcinoma epitelial mioepitelial
 - Adenocarcinoma de células basales
 - Carcinoma sebaceo
 - Cistadenocarcinoma papilar
 - Adenocarcinoma mucinoso



- Carcinoma oncocítico
- Carcinoma de los conductos salivales
- Adenocarcinoma
- Mioepitelioma maligno
- Carcinoma en adenoma pleomorfo
- Carcinoma epidermoide
- Carcinoma de células pequeñas
- Carcinoma indiferenciado
- Otros carcinomas
- Tumores no epiteliales
- Linfomas
- Tumores secundarios
- Tumores sin clasificar
- Lesiones parecidas a tumor
 - Sialoadenosis
 - Oncocitosis
 - Sialometaplasia necrotizante
 - Lesiones linfoepiteliales benignas
 - Quistes de las glándulas salivales
 - Sialoadenitis esclerosante crónica de la glándula submaxilar (tumor de Küttner)
- Hiperplasia linfoide quística en SIDA



NEOPLASIAS BENIGNAS

ADENOMAS MONOMORFOS

Mioepitelioma

Se considera en la nueva clasificación como una entidad separada. Esto es importante pues el mioepitelioma es más agresivo que el adenoma pleomorfo, este es un tumor de células mioepiteliales caracterizado por varios patrones de crecimiento (sólido, mixoide y reticular). El componente celular es de células alargadas, plasmocitoides (hialinas) epitelioide y de células claras o combinaciones de estos. Es un tumor encapsulado.^{8,12}

Adenoma de células basales

Este consiste en células isométricas con una capa basal prominente. Se observa en cuatro patrones, sólido, trabecular, tubular y membranoso. El patrón membranoso puede coexistir con cilindromas y tricoepiteliomas de la piel de la cabeza.⁸

Adenoma canalicular

Este se distingue del tipo trabecular del adenoma de células basales por su arreglo, con células epiteliales columnares, en anastomosis, dos capas y pérdida del estroma altamente vascularizado. Más del 90% se encuentra en el labio superior.⁸

Tumor de Whartin

También conocido como Cistadenoma Papilar Linfomatoso, lesión benigna, formada por espacios quísticos con proyecciones intraluminales y abundante tejido linfóide en el tejido conjuntivo subyacente.¹³



Oncocitoma

Es un tumor caracterizado por células epiteliales largas (oncocitos) que contienen un citoplasma granular y eosinofílico. También es conocido con el nombre de adenoma oxifílico. Es más frecuente en la glándula parótida.^{3,6}

Otros adenomas poco frecuentes son: adenoma sebáceo, papiloma ductal, papiloma ductal invertido, sialoadenoma papilífero y cistadenoma papilar y mucinoso.⁸

NEOPLASIAS MALIGNAS

Carcinoma mucoepidermoide

Se considera con este término debido a que todas sus variedades son capaces de dar metástasis, estas se pueden dividir en de bajo y alto grado, con respecto a la recurrencia local y a la capacidad de dar metástasis. En los de alto grado hay una diferenciación del 50% de células mucosas y células epidermoides bien diferenciadas, en las de bajo grado o las células mucosas son menos de 10% y las células epidermoides son poco diferenciadas.⁸

Carcinoma adenoideo quístico

Conocido anteriormente como cilindroma; está formado por células cúbicas que forman un patrón cribiforme (aspecto de queso suizo) o tubular, con invasión de los espacios linfáticos perineurales. Es altamente agresivo y puede metastatizar regularmente muchos años después de la exición quirúrgica del tumor primario.^{8,13}

Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado

Esta entidad se describió por primera vez en 1983 como carcinoma del conducto terminal. Se muestra en patrones histológicos variados (cordones,



tubulos, papilar, estructuras glandulares y agregados sólidos), uniformidad citológica (células mioepiteliales o ductales) crecimiento infiltrante y casi siempre sin recurrencias o metástasis. Este aparece en las glándulas salivales menores y su localización preferida es las glándulas del paladar.⁸

Carcinoma epitelial-mioepitelial

Este es análogo del adenocarcinoma polimorfo de bajo grado, las estructuras intercalares ductales están compuestas por una doble capa de células ductales y otras claras rodeándolas, de tipo mioepitelial. Este aparece principalmente en la parótida y es más frecuente en mujeres.⁸

Adenocarcinoma de células basales

Neoplasia epitelial descrita por primera vez en 1990 constituida por células basaloides con características de malignidad. Se distinguen cuatro tipos: sólido, membranoso, trabecular y tubular.^{7,8}

Carcinoma de los conductos salivales

Es un tumor epitelial de alto grado. Infiltra a tejidos adyacentes y envuelve a nódulos linfoides cervicales, el patrón de crecimiento sólido a menudo esta combinado con necrosis central.^{7,8}



INMUNOHISTOQUIMICA

Las técnicas de inmunohistoquímica proporcionan datos para la clasificación, diferenciación funcional y pronóstico de los tumores en glándulas salivales. Los tres tipos de células epiteliales de las glándulas salivales pueden ser distinguidos por marcadores tumorales.

Las células acinicas se caracterizan por la presencia de amilasa así como citoqueratina, antígeno epitelial membranoso (EMA), lactoferrina, lisosima, componente secretor, antígeno carcinoembrionario (CEA).¹⁰

Las células ductales son inmunoreactivas con anticuerpos para citoqueratina, EMA, antígeno peptido de tejido (TPA), lactoferrina, lisosima, componente secretor, inmunoglobulina A, receptores lecitínicos y CEA.¹⁰

Las células mioepiteliales se caracterizan por la ausencia de productos de secreción, y la presencia de actina, miocina y proteína S-100.

Un rasgo de las células mioepiteliales modificadas es la doble expresión de citoqueratina y vimentina. Parece haber una asociación peculiar de células mioepiteliales con membrana basal- sustancias asociadas, fibronectina específicamente.¹⁰

DIAGNÓSTICO

Inicialmente, los tumores de las glándulas salivales suelen cursar con signos de aumento de volumen glandular asintomático. Sólo el 20% de los casos, como máximo, cursan con episodios de dolor local, que se hace constante en tumores de larga evolución, en los que además del crecimiento / infiltración local, puede haber invasión perineural, muy frecuente en el carcinoma adenoideo quístico (en la región parotídea pueden cursar con parálisis facial), diseminación hematogena y linfática regional. Por consiguiente, el examen



físico (inspección, palpación, evaluación neurológica) deberá completarse con el diagnóstico por la imagen (sialografía - especialmente útil ante la sospecha de tumores benignos-, tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia magnética (RM) que es la que aporta más información porque proporciona la mejor resolución del tejido muscular y de la interfase del tumor-grasa). En todo caso, el diagnóstico definitivo lo aporta la anatomía patológica. La citología por punción-aspiración con aguja fina (PAAF) empleada desde 1959, es de gran valor diagnóstico por la accesibilidad de estas localizaciones tumorales, permitiendo diferenciar entre patologías inflamatoria y neoplásica y, en esta última, entre tumores benignos y malignos, así como entre tumores de alto y de bajo grado histológico. Su sensibilidad es de un 87,5 a 100% y su especificidad, entre el 96,2 y el 99,4%.^{12,15}

TRATAMIENTO

Los tumores benignos y el cáncer resecable, en general son curables. La radioterapia con intención curativa, pretende el control local y regional definitivo de la neoplasia. Está indicada, principalmente, como tratamiento postoperatorio (adyuvante) del cáncer tras cirugía radical. En los estadios precoces (I y II -T1-2 N0-), debe reservarse para situaciones clínicas concretas, aunque también puede utilizarse como alternativa al tratamiento quirúrgico en casos seleccionados, en los que existan limitaciones o contraindicaciones médicas a la cirugía.

La radioterapia con intención paliativa, pretende el control local y regional temporal del cáncer y /o el control temporal de síntomas derivados de la evolución de la enfermedad avanzada (radioterapia sintomática). Está indicada en pacientes portadores de tumores avanzados, primarios o que



presenten recidiva tras cirugía, inoperables y, eventualmente, en el tratamiento sintomático de metástasis distantes.

La morbilidad de la radioterapia (ageusia, hiposialia, necrosis mucosa, trismus, caries, osteonecrosis, etc.) está en relación con la dosis administrada, con la magnitud del volumen irradiado, con la técnica empleada para la realización de la sobredosificación (braquiterapia, en localizaciones intraorales) y con el desequilibrio de la flora bucal, secundaria a los cambios del pH; por lo tanto, la fisiopatología de las reacciones secundarias es compleja.¹³



ADENOMA PLEOMORFO

Definición

El tumor mixto o adenoma pleomorfo es la neoplasia más común que involucra a las glándulas salivales mayores y menores.

Según Foote y Frazell, el término tumor mixto data de la revisión de Minssen en 1874.

Por mucho tiempo se pensó que los tumores mixtos de glándulas salivales se originaban de más de una capa germinativa, y su naturaleza benigna era cuestionada, por lo tanto le designaron nombres como: *branquioma*, *enclavoma*, *teratoma*, *mixocondrocarcinoma*, *cilindroma*, *mixocondrosarcoma* y *condromixohemangioendoteliosarcoma*.³

El término pleomorfo hace referencia a la amplia variación de la diferenciación parenquimatosa y estromal mostrada por las células tumorales.²

EPIDEMIOLOGIA

Frazell en 1954 refiere que el adenoma pleomorfo representa:

80 a 90% de los tumores de glándula parótida

10% en glándula submandibular³

El adenoma pleomorfo según Seifer en 1986 representa :

85% de los tumores en glándula parótida

10% de los tumores de glándulas salivales menores

5% de los tumores de glándula submandibular¹⁰

El adenoma pleomorfo según Ellis en 1991 representa:

60 a 70% de las tumores

en glándula parótida

40 a 60% de los tumores submandibulares



40 a 70% de los tumores de glándulas salivales menores.³

El adenoma pleomorfo según Sapp en 1998 representa:

- 60% de los tumores de glándula parótida
- 50% de los tumores de glándulas salivales menores
- 25% de las neoplasias de glándula sublingual⁵

Su localización en boca es:

- 55% en paladar
- 25% en labio
- 10% en mucosa bucal
- 10% en el resto de las zonas orofaríngeas.

HISTOGÉNESIS

Se relaciona con la proliferación de células con características mioepiteliales, ductales o ambas. Se encuentra en un extremo células epiteliales y en otro células mioepiteliales, pero entre estos dos se identifican células con rasgos de ambos elementos. Existe la teoría donde menciona que en vez de una proliferación simultánea de células neoplásicas epiteliales y mioepiteliales existe una célula capaz de diferenciarse de las células mioepitelial y epitelial.⁶

Otra teoría opina que este tumor se origina de la transformación neoplásica del epitelio glandular adulto.⁵

CARACTERÍSTICAS CLINICAS

Es un tumor benigno que se presenta entre la 4ta. y 6ta. década de la vida, aunque se llega a presentar en adultos jóvenes y niños

Es más frecuente en mujeres que en hombres.^{3,6,13,16}



Clínicamente se presenta como asintomático, de crecimiento lento, es blando o ligeramente firme a la palpación y libremente desplazable cuando se presenta en glándulas salivales mayores.^{3,5}

El tumor es lobulado y encerrado en una cápsula de tejido conectivo cuyo espesor es variable.

En glándula parótida es generalmente esférico y suele afectar al lóbulo superficial, en forma de masa evidente delante de la oreja y encima del ángulo de la mandíbula y por debajo del músculo esternocleidomastoideo.^{3,5,6,13}

En la glándula submandibular se presenta típicamente como una masa firme dentro de la glándula.³

En las glándulas salivales menores el sitio donde se presentan es en paladar (54%), labio superior(18%),y mucosa bucal(11%)¹ Pueden llegar a medir de 1 a 3 cm. de diámetro.^{3,13}

En paladar el adenoma pleomorfo se encuentra fijo al hueso subyacente, por lo tanto no son móviles y rara vez atraviesan la línea media. Son indoloros, con telangiectasias y se ulceran solo si son traumatizados.^{3,5,6,13,16}

La resonancia magnética nuclear (RMN) es una técnica diagnóstica para determinar la extensión del tumor, especialmente en glándulas salivales mayores. Los tumores mixtos muestran imágenes esféricas bien delimitadas o masas multinodulares.⁵

HISTOPATOLOGIA

El tumor mixto muestra una diversidad morfológica: combinaciones de epitelio glandular y tejido mesenquimatoso, pero las proporciones de cada uno varían.

Muestra patrones caracterizados por dos criterios: diferenciación de células epiteliales y cantidad de propiedades del estroma que puede ser condroide, hialino, mucoide y raramente fascicular.



Aparentemente el componente epitelial del tumor mixto toma forma de conductos, pequeños nidos celulares, láminas sólidas de células, cordones anastomosados y focos de células escamosas queratinizadas.³

Las estructuras del conducto presentes en el tumor mixto se parecen a los conductos intercalados de una glándula salival normal con lumina que está forrada por una sola capa de epitelio del conducto circundada por una mancha oscura de células mioepiteliales.

La lumina ductal frecuentemente contiene material eosinófilo que se tiñe positivo con tinción de ácido peryodico de Schiff.¹⁷

El adenoma pleomorfo presenta dos patrones característicos: diferenciación de células epiteliales y la cantidad y propiedades del estroma, por lo cual puede ser subdividido en cuatro tipos con respecto a esos dos patrones arquitectónicos.²

Tipo 1

El estroma constituye 30 – 50% de la masa del tumor. Las formas sólidas epiteliales trabecular, tubular o estructuras quísticas consisten en células epiteliales de varias diferenciaciones. Eso incluye el conducto epitelial, células mioepiteliales, células epidermoides y otras formas de celulares. El epitelio y el estroma no se encuentran marcados el uno del otro.

El estroma muestra diferenciación mucoide y contenido de ácido mucopolisacáridos.

El tumor se encuentra limitado por tejido conectivo sin la formación de una cápsula continua. Hay muy poca reacción celular en el estroma.

Cerca del 30% de los adenomas muestran un patrón tipo 1.¹⁸



Tipo 2

Se define como un adenoma pleomorfo rico en estroma. El estroma tiene una estructura mucoide que constituye el 80% de este tumor.

El estroma puede mostrar cambios degenerativos con arquitectura hialino-fibrosa en tumores de muchos años de evolución o después de radioterapia.

Este tipo incluye el 55% de todos los adenomas pleomorfos.¹⁸

Tipo 3

Es el adenoma pleomorfo rico en células pero pobre en estroma que constituye solo el 20% del tumor. Cerca del 9% de los tumores son tipo 3.¹⁸

Tipo 4

Es también el adenoma rico en células pero pobre en estroma, con la diferencia que el componente epitelial en algunos puntos es uniformemente diferenciado pareciéndose a un adenoma monomorfo.

Una característica importante en el diagnóstico diferencial es el componente mucoide en el estroma, el cual se encuentra ausente en el adenoma monomorfo. De todos los adenomas pleomorfos, el 6.5% son tipo 4.¹⁸

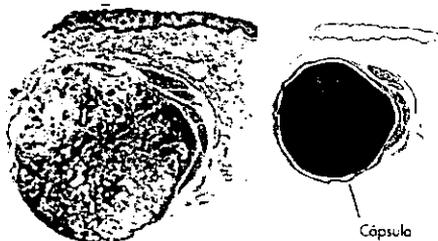


FIGURA 4. El adenoma pleomorfo es una lesión bien encapsulada.³

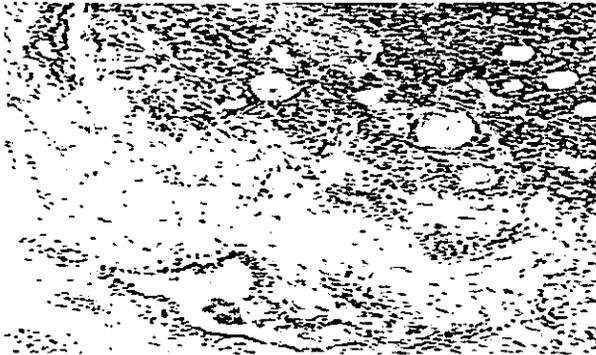


FIGURA 5.-Imagen histológica del adenoma pleomorfo¹³

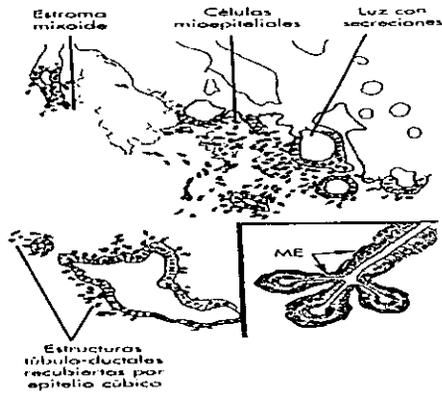


FIGURA 6.- Se muestran los componentes celulares de la imagen histológica anterior.¹³

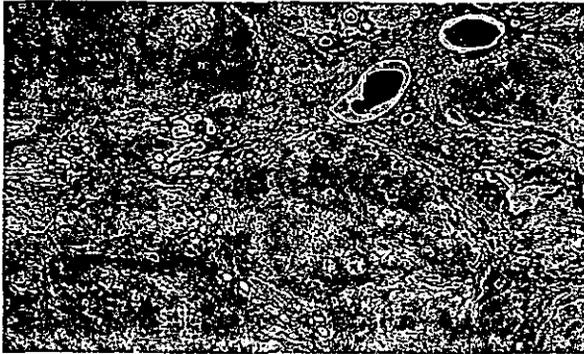


FIGURA 7.- Adenoma pleomorfo, células acomodadas en forma de nidos. inclusión de conductos y áreas mixocondroides¹⁰

INMUNOHISTOQUIMICA

Las células mioepiteliales normales son comúnmente inmunoreactivas para anticuerpos de citoqueratina y actina del músculo liso y variablemente inmunoreactivas para la proteína ácida fibrilarmente glial (GFAP), vimentina y proteína S-100. GFAP se limita normalmente a las áreas mixoides.

En tumores mixtos, muchos tipos de células son reactivas con citoqueratina, incluyendo las áreas ricas en estroma. Esta proteína la encontramos en mioepitelio normal, esta presente en células de neoplasias en glándulas salivales no indica necesariamente la diferenciación mioepitelial.

La vimentina se observa en las neoplasias de bajo grado.

Otras técnicas especiales como los estudios citogenéticos mostraron que muchas anomalías clonales cromosómicas.

Tres subtipos citogenéticos son descritos: cariotipo normal, cambio del cromosoma 8, banda q 12; y cambio del cromosoma 12 en la región q13-15.

El análisis de DNA por flujo citométrico son usualmente diploides, como en algunos carcinomas ex tumores mixtos.¹⁷



TRATAMIENTO

El tratamiento de elección para tumores mixtos benignos de glándulas salivales mayores o menores es la excisión quirúrgica llamada lobectomía o sialadenectomía.

La aspiración por aguja fina puede ser utilizada como una evaluación preoperatoria de los tumores de glándulas salivales.

Debido a la riesgo de recurrencia por la extensión del tumor a través de los defectos simples de la cápsula, la enucleación simple está contraindicada.^{3,4}

La extirpación de los tumores mixtos se complica por la presencia del nervio facial, por lo tanto en parótida son tratados con una parotidectomía total superficial con preservación del nervio facial.

En submandibular son tratados generalmente con la excisión total de la glándula.

En glándulas salivales menores son tratados con la excisión de la glándula que incluye un borde circundante de tejido normal.

El principal determinante para que no recurran estos tumores es el tratamiento quirúrgico en la fase inicial.^{3,4,13}

Los cambios malignos del tumor mixto incrementan con el tiempo de duración del tumor y la edad del paciente.³

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La mayoría de los tumores mixtos tiene la mezcla característica epitelial y mesenquimatosa como rasgos que permiten la identificación inequívoca.

Distinguir el tumor mixto de glándulas salivales del tumor mixto dérmico (codroma siringoma), ocurre en especímenes del labio superior. La presencia de tejido de glandular salival adyacente al tumor y la presentación clínica de mucosa en lugar de una protuberancia dérmica apoya el origen salival. La correlación clínica ayuda mucho.



Los tumores mixtos pueden aparecer compuestos exclusivamente de tejido óseo, mixoide y condroide, pero algunas neoplasias de origen mesenquimatoso como el mixoma, lipoma mixoide, neurofibroma mixoide, osteoma u osteocondrosarcoma son considerados en el diagnóstico diferencial.

Los focos de diferenciación de células escamosas y mucosas en un tumor mixto ocasionalmente se parecen al carcinoma mucoepidermoide.

En glándulas salivales menores se considera al adenocarcinoma polimorfo de bajo grado en el diagnóstico diferencial porque esta circunscrito y tiene una citomorfología uniforme y contiene a menudo áreas mixoides. La diferencia es que el adenocarcinoma polimorfo de bajo grado muestra crecimiento perineural, infiltración de tejido conectivo fibroso, grasa y parénquima salival; y forma pequeñas estructuras tubulares en la periferia.^{3,13,17}



CARCINOMA EX ADENOMA PLEOMORFO

Definición

La definición propuesta por la OMS de "carcinoma en adenoma pleomorfo" , expresa claramente el dato de que un carcinoma está presente además de un adenoma pleomorfo, y que el carcinoma se ha desarrollado dentro del adenoma preexistente.

El criterio de malignidad incluye las características citológicas e histológicas de anaplasia, mitosis anormal, infiltración, curso progresivo y metástasis.³

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La edad de incidencia es entre la 7ma. Y 8va. década de la vida, casi 20 años después que se reconoció el tumor mixto benigno. El tumor afecta a hombres y mujeres por igual.

Los signos que hacen sospechar malignidad incluyen fijación de la masa a los tejidos circundantes, ulceración y linfadenopatía regional.^{1,3,13,17}

HISTOPATOLOGIA

No se han establecido por completo los criterios específicos para reconocer un tumor maligno "mixto". No obstante, parece que incluyen los cambios nucleares, que por lo regular se mantienen como indicativos de malignidad (hipercromatismo nuclear, y pleomorfismo, aumento o mitosis anormales y disminución de la proporción núcleo-citoplasma); invasión de vasos sanguíneos, linfáticos o nervios; necrosis focal, infiltración periférica, destrucción de tejido normal. Presenta transformación de las células fusiformes y de las gigantes.⁵

Los depósitos metastásicos simulan la anomalía desde el punto de vista histológico. En estos pueden ser evidentes los patrones condroides, que son similares al tumor primario.³



TRATAMIENTO

La terapéutica es quirúrgica casi por completo, con disección radical en el cuello como parte del tratamiento inicial en pacientes con evidencia de afección de ganglios linfáticos cervicales.

Las lesiones que muestran tendencia a la recurrencia local son tratadas mediante cirugía combinada con radioterapia.^{6,16}

PRONOSTICO

La recurrencia local es un problema en aproximadamente la mitad de los individuos con neoplasia primaria de parótida y en cerca de tres cuartas partes de los pacientes con tumores de las glándulas salivales submandibular y menores. Casi 10% de los casos se presenta con enfermedad linfática incontrolable y cerca de una tercera parte de estos metastatiza a sitios distantes, habitualmente a pulmón y hueso.⁶



ADENOCARCINOMA (NOS)

Definición

Toda neoplasia maligna originada en el epitelio del conducto salival o en glándulas salivales y que no se clasifican como otro tipo se denominan como Adenocarcinoma^{3,19}.

La arquitectura histológica y los rasgos celulares, pueden ser de una gama amplia. Es un tumor que presenta formación glandular tubular o papilar.¹⁷

EPIDEMIOLOGIA

Frazell en 1953 refiere que los adenocarcinomas representan el 4.4 % de los tumores de glándulas salivales.

Thackray y Lucas en 1973 solo el 1% de tumores en parótida y 1.7% de los tumores de la glándula submandibular .

Spiro en 1986 refiere que la frecuencia de los adenocarcinomas es de 8%.

CARACTERÍSTICAS CLINICAS

Se presenta entre la 4ta. Y 8va. década de la vida. Afecta por igual a hombres y mujeres, aunque predomina en pacientes femeninos con tumores de mucosa bucal.

La glándula parótida es el sitio donde se presenta cerca del 50% de todos los tumores.

Cuando es en glándulas mayores se presenta como una masa asintomática, aunque 25% de los pacientes manifiestan dolor por encontrarse comprometido el nervio.

El tamaño inicial de los tumores va de 2 a 10 cm de diámetro.



En tumores de glándulas salivales menores se presentan como masas submucosas asintomáticas, 36% de los tumores intrabucales se encuentran ulcerados y 25% involucran hueso subyacente.³

Los adenocarcinomas de alto grado de malignidad tiene ausencia de movilidad, dolor e invasión de nervios. Se puede llegar a presentar parálisis facial en 40% de los casos.

La metástasis a nódulos linfáticos es la ruta preferida de los adenocarcinomas.¹⁵

HISTOPATOLOGIA

El adenocarcinoma forma un grupo heterogéneo con varios grados de diferenciación. Tres subtipos pueden ser distinguidos, dependiendo del patrón histológico: sólido, tubular y papilar.²¹

El subtipo sólido compromete 5% de los tumores, muestra moderada diferenciación de estructuras glandulares con inclusión de estructuras tubulares y trabeculares. No hay formación mucosa. 55% de los pacientes tienen metástasis a nódulos linfáticos.¹⁷

El subtipo tubular comprende 50% de todos los adenocarcinomas, las estructuras tubulares parecen estructuras ductales primitivas dilatadas que forman microquistes que contienen secreción mucosa. 20% de los pacientes muestran metástasis a nódulos linfáticos.

Las reacciones histoquímicas son usadas para distinguir metástasis de carcinoma tiroideo al cuál puede parecerse.¹⁷

El subtipo papilar se encuentra en 30% de los casos. Las estructuras papilares son a menudo acompañadas por quistes y formación de moco. Se presenta particularmente en glándulas menores.¹²

La formación de ácido mucopolisacárido en el lumen del adenocarcinoma es un importante criterio para distinguir si provienen de otros tumores, por ejemplo metástasis de carcinoma tiroideo.¹²

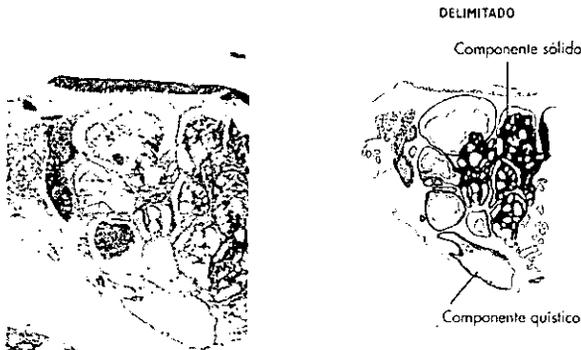


FIGURA 8 Adenocarcinoma de bajo grado, multiquistico y bien delimitado sin encapsulación.¹³

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico del adenocarcinoma NOS, es esencialmente de exclusión. Porque el adenocarcinoma de bajo grado, tiene rasgos citomorfológicos ligeros, y estructuras ductales bien formadas, la distinción más difícil es con los adenomas, pero la infiltración del parenquima, nervios, vasos sanguíneos, alrededor del tejido conectivo es lo que hace que se distinga. Aunque la falta de encapsulación y la extensión extracapsular ocurre en algunos adenomas, las islas del tumor y algunas hebras han penetrado reemplazando el tejido adyacente esto no se encuentra en los adenomas.

Adenocarcinoma de bajo grado NOS y adenocarcinoma polimorfo de bajo grado (PLGA) tienen una morfología nuclear blanda y numerosas estructuras ductales y tubulares, la diferencia es que todos los adenocarcinomas polimorfos de bajo grado ocurren en glándulas menores.^{13, 17,20}



TRATAMIENTO

La intervención quirúrgica es la primera modalidad terapéutica del adenocarcinoma. En glándulas salivales mayores es tratado con parotidectomía total, en muchos casos se realiza tratamiento radical que es la resección del nervio facial. Los pacientes que presentan metástasis a nódulos linfáticos se realiza linfadenectomía.

En los tumores de glándulas salivales menores se realiza excisión quirúrgica local.

En algunos casos se recomienda la radioterapia postoperatoria de acuerdo al grado histológico del tumor, sobre todo en los de alto grado de malignidad.^{3,12}

ADENOCARCINOMA PLIMORFO DE BAJO GRADO

Esta entidad se describió por primera vez en 1983 como carcinoma del conducto terminal. Se muestra en patrones histológicos variados (cordones, tubulos, papilar, estructuras glandulares y agregados sólidos), uniformidad citológica (células mioepiteliales o ductales) crecimiento infiltrante y casi siempre sin recurrencias o metástasis. Las células semejan a las de los conductos intercalados o terminales.

Este aparece en las glándulas salivales menores y su localización preferida es las glándulas del paladar.^{8,13}

Se presenta en paladar en un 60% de los casos, en un 35% en labios y mucosa bucal

Tiene predilección por el sexo femenino se presenta entre la sexta y octava década de la vida.¹³

Se presenta como una masa indolora, firme a la palpación. La mayoría de los tumores son menores de 3 cm de diámetro y su crecimiento es lento.¹³



Histológicamente se observan dos patrones principales de crecimiento: el **lobulillar** que esta formado por nidos ovalados o redondeados de células basaloides con núcleos monomorfos. El estroma de tejido conectivo es escaso y maduro. El patrón cribiforme que es similar al del carcinoma adenoideo quístico, con aspecto en queso suizo, ya que los lobulillos tumorales están repletos de microquístes.

En la periferia de la lesión, las células tumorales se disponen formando estructuras tubulares, alargadas, de una célula de grosor. Estas estructuras tubulares monoestratificadas están apiladas, produciendo un aspecto laminado o en piel de cebolla.



FIGURA 9.-Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado, mostrando formaciones papilares y quísticas¹⁰

TRATAMIENTO

La supervivencia a 15 años es del 54% en los de bajo grado, del 31% en los de grado intermedio y del 3% en los de alto grado . El tratamiento de elección es la cirugía, con un 75% de curaciones en los estadios II. La radioterapia post-operatoria está indicada en los tumores de grado intermedio y alto o en los estadios avanzados, pues presenta una mayor tasa de control local (80%) que con cirugía (33%) o radioterapia (18%) aisladamente. ¹⁷



El adenocarcinoma polimorfo de bajo grado como su nombre indica, es una neoplasia maligna poco agresiva, no origina metástasis hematógenas a distancia. Su tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica con bordes amplios. En el paladar se recomienda la maxilectomía parcial.¹⁷



CARCINOMA MUCOEPIDERMOIDE

Definición

Es una neoplasia maligna de glándulas salivales que tiene un comportamiento biológico variable dependiendo del grado histológico.¹⁷

Se refiere que el primer reporte de esta neoplasia fue en 1895.³

El término mucoepidermoide fue utilizado por primera vez por Stewart, Foote y Becker en 1945.^{1,3,5,13,14,17}

Como su nombre lo dice se compone de células epiteliales planas secretoras de moco y epidermoides en proporciones variables.^{3,5,13}

En 1968, Gerughty describe un tumor maligno de glándulas salivales que tenía aspectos de adenocarcinoma como de carcinoma. Designaron a la neoplasia como carcinoma adenoescamoso. Surgía en las glándulas salivales menores de las cavidades bucal, nasal y en la laringe. Era extremadamente agresivo, con marcada tendencia de dar metástasis hacia ganglios linfáticos regionales y sitios distantes. Varias autoridades, consideran que el carcinoma adenoescamoso es similar, si no idéntico, al carcinoma mucoepidermoide de alto grado.¹⁴

EPIDEMIOLOGIA

Representa entre el 5% y el 10% de todos los tumores salivales y el 27% de los malignos.

Es el tumor maligno más frecuente (supone el 29% de las neoplasias malignas de las glándulas salivales).



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El carcinoma mucoepidermoide se distingue de otros adenocarcinomas originados en las glándulas salivales por su comportamiento general y por presentar diversos comportamientos dentro de su propio espectro histopatológico. Por tanto, se subdivide según sus rasgos histopatológicos en variedades de alto grado, grado intermedio y bajo grado.¹³

Con cierta frecuencia aparece combinado con otros tumores, como el adenocarcinoma de células acinares, el adenocarcinoma polimorfo de bajo grado y el carcinoma adenoquístico.¹⁷

Afecta con frecuencia la glándula parótida, en más del 50% de los casos, en menor proporción afecta a glándulas salivales menores: en paladar, mucosa bucal, labios, mandíbula y áreas retromolares.^{5,6,7,10,13,19}

En circunstancias no habituales, se localiza en la mandíbula o el maxilar. El 4% se localizan centralmente en los maxilares (con una incidencia 4 veces mayor en la mandíbula que en el maxilar superior). Hay varios mecanismos patogénicos para explicar esta localización; el mayoritariamente aceptado en la actualidad es el que cita como origen el epitelio odontogénico. Se caracteriza por su escasa agresividad, no existiendo correlación entre el grado tumoral y su pronóstico; no obstante, se recomienda la resección en bloque, ante la alta tasa de recidiva local, con abordajes menos agresivos. Algunos de estos tumores se detectan debido a la expansión ósea y al aumento de tamaño del hueso, clínicamente evidente, y otros se observan en radiografías dentales rutinarias.⁹

Se presenta entre la tercera y séptima década de la vida, pero puede aparecer en todas las décadas de la vida.

El diámetro de estos tumores suele oscilar entre 1 a 5 cm. en el momento del diagnóstico.



No presenta preferencia en la distribución por sexo, pero tiene predilección significativa por el sexo femenino, especialmente evidente en los tumores en lengua y en glándulas menores retromolares.

En glándulas salivales principales hay afectación del nervio facial, que se manifiesta por debilidad o parálisis facial, es rara, pero cuando se presenta corresponde a una lesión de alto grado de malignidad.¹³

Las manifestaciones clínicas dependen del grado de malignidad del tumor, los de bajo grado pueden manifestarse de forma similar al tumor mixto benigno con un periodo prolongado de expansión o crecimiento indoloro. Dentro de la cavidad bucal con frecuencia simula un mucocele por extravasación o por retención, ya que en ocasiones fluctúa como resultado de una formación cística que puede estar llena de un material mucoso viscoso. Cuando se localiza en el paladar puede diagnosticarse, desde el punto de vista clínico, como quiste periapical o absceso periodontal.

Los tumores con alto grado de malignidad crecen con rapidez y por lo regular, se acompañan de dolor y ulceración de la mucosa, se caracteriza por niveles variables de infiltración, un alto porcentaje de los casos da metástasis hasta los ganglios linfáticos regionales. Es frecuente la parálisis de nervio facial en los tumores de la parótida.¹⁸

HISTOPATOLOGIA

Presenta tres tipos celulares predominantes: células mucosas, epidermoides e intermedias. Estos elementos celulares se disponen en nidos y en capas difusas que pueden circundar espacios quísticos. Puede llegar a presentar una cápsula incompleta. Es frecuente observar focos de infiltración del tejido salival normal, el tejido conectivo o músculo.



En los tumores de bajo grado de malignidad están presentes los tres tipos de células, aunque predominan las células mucosas y múltiples espacios quísticos. En ocasiones se pueden presentar racimos de células claras que por lo general no contienen mucina ni glucógeno.

Muestra láminas o nidos similares de mucosas, que por lo regular están ordenadas en un patrón glandular y que algunas veces muestran una formación de microquistes. Estos quistes se pueden romper, liberando el moco que puede acumularse en el tejido conectivo y provocar una reacción inflamatoria.

Las células que contienen mucina se caracterizan por su contenido intracelular de moco que puede demostrarse por las tinciones de PAS y mucicarmina positivas.^{5,6,9,10}

Los tumores con alto grado de malignidad se caracterizan por niveles variables de infiltración y penetración local. Las agrupaciones celulares neoplásicas son más sólidas, con pocos espacios quísticos y células mucosas. Se observa un mayor número de células epidermoides y elementos intermedios a expensas de los elementos mucosos más diferenciados, además de pleomorfismo celular, hiper cromatismo nuclear y mitosis. Puede encontrarse infiltración en forma de cuerdas o cintas de células que se extienden más allá de los límites del tumor. Los tumores de alto grado se asemejan en cierta medida al carcinoma epidermoide.¹⁸

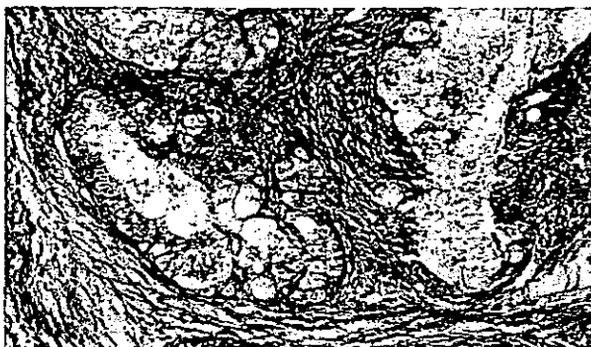


FIGURA 10.-Carcinoma mucoepidermoide, tipo bien diferenciado (tumor de bajo grado) con espacios quísticos y células productoras de moco¹⁰

INMUNOHISTOQUIMICA

Los estudios inmunohistoquímicos del carcinoma mucoepidermoide con anticitoqueratina muestra que las células intrmedias, columnares y epidermoides son consistentemente reactivas; las células mucosas bien desarrolladas generalmente no son reactivas. Más células del tumor son normalmente positivas para el antígeno de membrana epitelial y variablemente reactivas con actina específica de músculo, vimentina, proteína S-100, antígeno carcinoembrionario, alfafetoproteína y proteína ácida fibrilarmente glial.

Otro estudio que utiliza el anticuerpo monoclonal B72.3 mostró que la inmunoreactividad era más fuerte en carcinoma mucoepidermoide con diferenciación glandular.¹⁷

Otras técnicas especiales como los análisis histoquímicos muestran que los tumores de bajo y alto grado secretan variedad heterogénea de mucosubstancias. Se ha sugerido que las células en la mayoría de los carcinomas mucoepidermoides demostraron alterado la glicosilación y la síntesis incompleta de mucina, la cual se refleja en la presencia de sustancias precursoras.



El análisis citofotométrico muestra que los tumores con DNA atípico son clínicamente agresivos pero una tercera parte donde es normal también son agresivos. La mutación del gen p53 aparentemente no es frecuente en neoplasias de glándulas salivales, comparadas con carcinomas de pulmón. La expresión de la proteína p53 se observa en solo 3 de cada 12 carcinomas mucoepidermoides.¹⁷

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las características del carcinoma mucoepidermoide ocasionalmente llevan a considerar otras lesiones que contienen células epidermoides y mucosas; quísticas, áreas intermedias y células claras.

Sialometaplasia aparece como una proliferación de nidos de células escamosas o epidermoides que contienen células mucosas lo que hace que pueda ser considerada para diagnóstico diferencial, pero en esta no se observa ningún crecimiento quístico, pero la presencia de otro tipo de células por lo regular intermedias hacen notar la diferencia.

El papiloma esta compuesto de células basaloides, epidermoides y células mucosas entremezcladas como en el carcinoma mucoepidermoide solo que este las desarrolla dentro de un conducto excretor. Los papilomas no infiltran a los tejidos circundantes y no poseen pequeñas islas y cordones de células tumorales.

Cistadenocarcinomas son tumores de las glándulas salivales que demuestran crecimientos quísticos o papilares que recuerdan al carcinoma mucoepidermoide. Sin embargo falta diferenciación epidermoide y no tiene la variedad en tipos de células, así como las islas y nidos de células tumorales típicamente presentes en el carcinoma mucoepidermoide.^{17,19}



TRATAMIENTO

El principal tratamiento para el carcinoma mucoepidermoide es la cirugía, aunque se recomienda la radioterapia postoperatoria en los tumores de alto grado.

En la glándula parótida el tratamiento es la lobectomía, con extirpación de los ganglios cervicales si existen ganglios regionales palpables.

En el paladar, los tumores de bajo grado pueden tratarse mediante extirpación local incluyendo el hueso palatino, pero los carcinomas de alto grado

El tratamiento de los estadios I y II depende de su localización. Así, en parótida, se recomienda parotidectomía parcial con conservación del nervio facial e irradiación post-operatoria si los márgenes de resección quirúrgica están afectados. En glándulas submandibulares, el abordaje adecuado es la cirugía radical seguido de irradiación regional, dado el mal pronóstico (alto riesgo de recidiva). En los tumores de bajo grado basta con la excisión quirúrgica limitada, con 1 cm. de margen. En los tumores localmente avanzados, en todos los de alto grado (independientemente de su estadio y cuando el primario se localice en áreas de gran linfofilia, como lengua, piso de boca o amígdala, se deberá realizar exéresis en bloque (incluyendo afectación ósea) y extirpación ganglionar radical. La radioterapia post-operatoria regional, está indicada siempre en los tumores de alto grado y, en los de bajo grado, cuando existan márgenes quirúrgicos afectados.^{3,5,6,14}

PRONOSTICO

El pronóstico del carcinoma mucoepidermoide depende del estado clínico, grado del tumor y adecuado tratamiento.

La metástasis a distancia del carcinoma mucoepidermoide implica un pronóstico pobre. Los sitios a distancia que comúnmente son invadidos es el



pulmón, huesos y cerebro. La diseminación a distancia ocurre solo en algunos casos.

Los pacientes sobreviven en un promedio de 2.3 a 2.6 años con tumores en glándulas salivales menores y mayores respectivamente. ^{14,15,17}



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es importante determinar la frecuencia con que se presentan las neoplasias benignas y malignas en glándulas salivales, así como la localización, edad y género en el Laboratorio de Patología bucal de la DEPeI de la FO, para adaptarse a los programas de estudio y darle mas peso al conocimiento de estos tumores que están en la región bucofacial.

En la Facultad de Odontología se revisa a mas de 20,000 pacientes al año de los cuales muchos presentan patología de glándulas salivales y son remitidos a hospitales o centros oncológicos sin realizar interconsulta con Patología Bucal por lo tanto no se cuenta con el estudio histopatológico antes de enviarlo a los centros especializados y así es difícil tener una relación de la frecuencia que estos representan.

JUSTIFICACIÓN

Las neoplasias benignas y malignas en glándulas salivales representan alrededor del 5 % de todas las neoplasias de cabeza y cuello, según refiere la literatura, y no se tiene la frecuencia de los estudios histopatológicos en el Laboratorio de Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología.

La Facultad de Odontología es un centro de revisión de más de 20, 000 pacientes al año en la clínica de admisión, con 10 clínicas periféricas, y en el Laboratorio de Patología Bucal de Posgrado solo se reciben de 500 a 600 especímenes de biopsias por año, lo que indica que no se tiene interconsulta con Patología Bucal y los clínicos que son encargados de dar la ruta clínica pasan por alto estas lesiones.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es importante determinar la frecuencia con que se presentan las neoplasias benignas y malignas en glándulas salivales, así como la localización, edad y género en el Laboratorio de Patología bucal de la DEPEl de la FO, para adaptarse a los programas de estudio y darle mas peso al conocimiento de estos tumores que están en la región bucofacial.

En la Facultad de Odontología se revisa a mas de 20,000 pacientes al año de los cuales muchos presentan patología de glándulas salivales y son remitidos a hospitales o centros oncológicos sin realizar interconsulta con Patología Bucal por lo tanto no se cuenta con el estudio histopatológico antes de enviarlo a los centros especializados y así es difícil tener una relación de la frecuencia que estos representan.

JUSTIFICACIÓN

Las neoplasias benignas y malignas en glándulas salivales representan alrededor del 5 % de todas las neoplasias de cabeza y cuello, según refiere la literatura, y no se tiene la frecuencia de los estudios histopatológicos en el Laboratorio de Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología.

La Facultad de Odontología es un centro de revisión de más de 20, 000 pacientes al año en la clínica de admisión, con 10 clínicas periféricas, y en el Laboratorio de Patología Bucal de Posgrado solo se reciben de 500 a 600 especímenes de biopsias por año, lo que indica que no se tiene interconsulta con Patología Bucal y los clínicos que son encargados de dar la ruta clínica pasan por alto estas lesiones.



HIPÓTESIS

La frecuencia de las neoplasias benignas es mayor que las neoplasias malignas en glándulas salivales.

OBJETIVO GENERAL

Describir la frecuencia de neoplasias en glándulas salivales que son remitidas para estudio histopatológico en el Departamento de Patología Bucal de la DEPEl de la FO de 1995 a marzo del 2001 con un correcto diagnóstico histopatológico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Obtener la frecuencia de localización, edad, género, relación clínico-histopatológica y distribución por año de las neoplasias en glándulas salivales del laboratorio de Patología Bucal de la DEPEl de la FO

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, retrospectivo

VARIABLE DEPENDIENTE

Neoplasias benignas y malignas en glándulas salivales.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Diagnóstico histopatológico, edad, género, localización, distribución por año.



CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los casos con diagnóstico histopatológico de neoplasia en glándulas salivales.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los diagnósticos que histopatológicamente no hayan sido corroborados como neoplasia en glándulas salivales debido a que era tejido insuficiente.

MATERIALES

- Reportes del archivo del Departamento de Patología Bucal de la DEPEI de la Facultad de Odontología
- Cortes Histológicos de los casos seleccionados con tinción de hematoxilina y eosina
- Microscopio óptico con lentes de 10 y 40

METODOLOGIA

Se revisaron los expedientes histopatológicos de enero de 1995 a marzo del 2001 del Departamento de Patología Clínica y Experimental de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, siendo 3804 casos, de los cuales 398 fue el total de neoplasias recibidas durante este período y se encontraron los resultados con diagnóstico histopatológico de neoplasias benignas y malignas en glándulas salivales, encontrando 23 diagnósticos, de los cuales se solicitan los cortes histológicos de los casos clínicos para reconocer el diagnóstico.

De los casos clínicos obtenidos, se incluyeron 23 casos que tenían el diagnóstico histopatológico de neoplasia en glándulas salivales del



Laboratorio de Patología Bucal y Experimental de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM.

Los cortes histológicos fueron revisados por 2 patólogos del departamento de Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología que corroboraron el diagnóstico de adenoma pleomorfo, adenocarcinoma y carcinoma mucoepidermoide. Se excluyeron los diagnósticos histopatológicos que no fueron corroborados, debido a que era tejido insuficiente, y uno fue descartado por ser metástasis secundaria de otra zona, quedando un total de 22 casos.



RESULTADOS

El porcentaje en mujeres fue de 59.09% y en hombres 40.9% por lo que la relación es 1:1. Fig. 2

La edad promedio de las neoplasias es de 39 años. Fig. 3

De los 22 casos (100%), la patología de mayor frecuencia fue el adenoma pleomorfo con 19 (85.9%), adenocarcinoma 2 (8.77%), carcinoma mucoepidermoide 1 (4.56%). Fig. 4

La localización, es en paladar 15 (68.18%) siendo el sitio más frecuente de las neoplasia, región submandibular 2 (9.09%), mucosa yugal 2(9.09%), parótida 1(4.54%) y labio superior 1(4.54%). Fig. 5

El adenoma pleomorfo que representó la neoplasia más frecuente con 19 casos, en mujeres 13 (68.42%), en hombres 6 (31.57%) por lo que la relación hombre-mujer es 2:1. Fig.6. La edad en que se presentó el adenoma pleomorfo fue desde los 15 hasta los 84 años, (Fig. 7) teniendo una edad promedio de 37 años. El sitio de localización más frecuente es el paladar con 12 (57.89%), mucosa yugal con 2 (10.52%), región submandibular con 2 (10.52%), labio superior 2 (10.52%), parótida 1 (5.26%). Se obtuvo una relación de la frecuencia de los casos por año obteniendo (Fig.8):

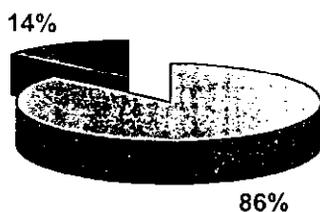
Número de casos de neoplasias en glándulas salivales por año

1995	5						
1996		4					
1997			4				
1998				1			
1999					1		
2000						4	
2001							3

TABLA6



**DISTRIBUCION POR FRECUENCIA
DE LAS NEOPLASIAS BENIGNAS Y
MALIGNAS EN GLÁNDULAS
SALIVALES**



□ Benignas ■ Malignas

FIGURA 1

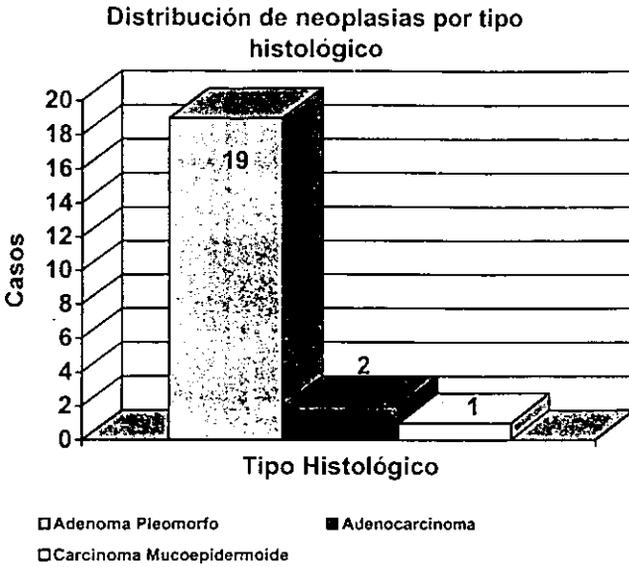


FIGURA 2

Distribución por género de las neoplasias en glándulas salivales

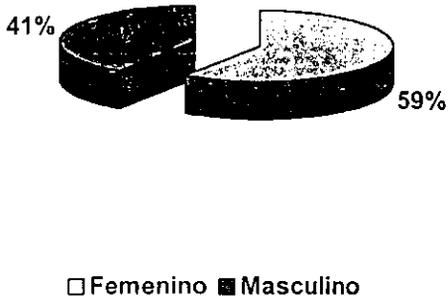


FIGURA 3



Frecuencia por edad de las neoplasias en glándulas salivales

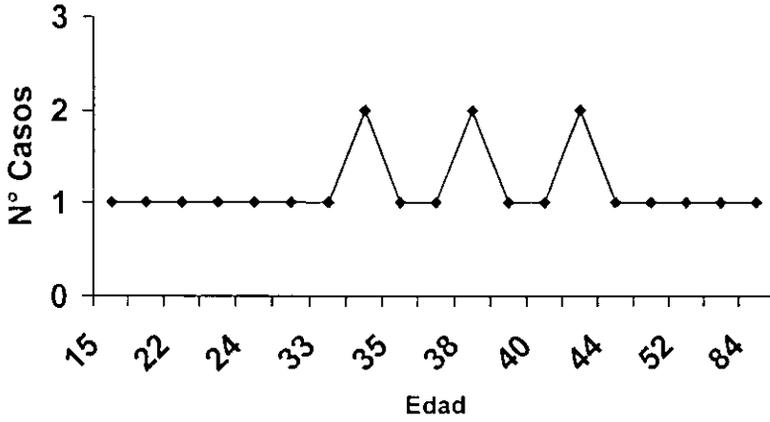
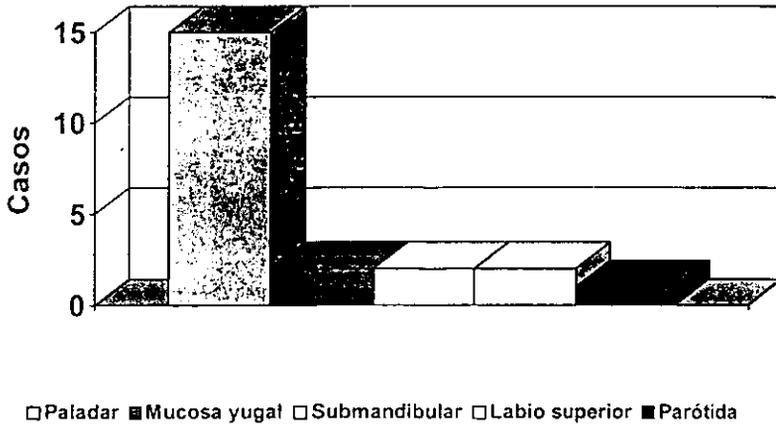


FIGURA 4

Frecuencia por localización de las neoplasias en glándulas salivales





Frecuencia de Género en Adenoma Pleomorfo

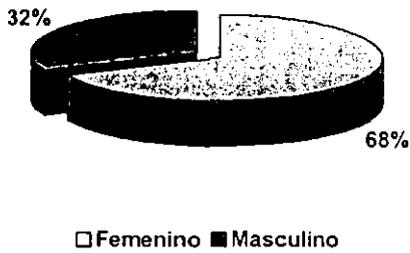


FIGURA 6

Edad Promedio del Adenoma Pleomorfo

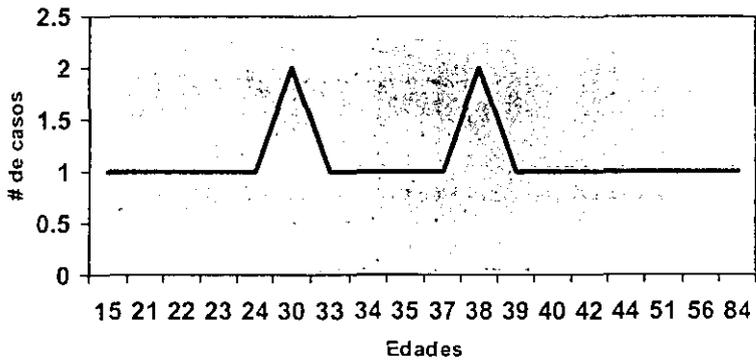


FIGURA 7



Frecuencia por año de las neoplasias en glándulas salivales

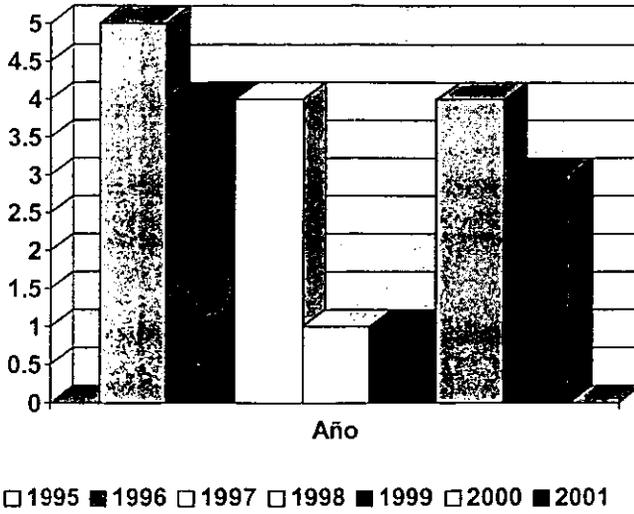
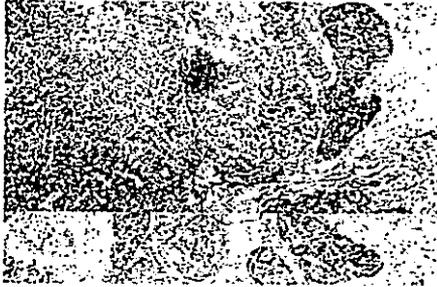


FIGURA 8

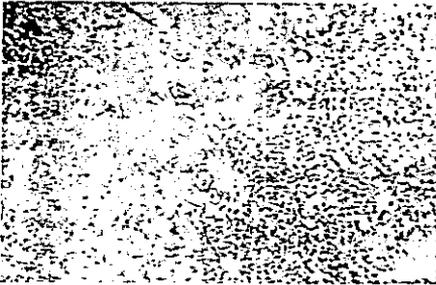


ADENOMA PLEOMORFO

Imágenes histológicas



Adenoma Pleomorfo



Adenoma Pleomorfo, imagen histológica con tinción H-E





DISCUSIÓN

En la mayoría de las series estudiadas las neoplasias benignas y malignas en glándulas salivales representan al 5% de las neoplasias en cabeza y cuello, pero en la Facultad de Odontología no existía un estudio que reportara el porcentaje que representaban, siendo esta un centro de recepción para miles de pacientes, a pesar de esto no son enviados a interconsulta con el departamento de patología bucal y se dejan de diagnosticar, los pacientes entonces tienen que recurrir a las instituciones de salud para ser diagnosticados y tratados, esto también por el costo que representa enfrentarse a cirugías como la parotidectomía.

De 398 casos que son neoplasias benignas y malignas, solo 22 casos resultaron ser neoplasia en glándulas salivales de 3804 casos revisados, y solo en el 45% hubo una adecuada relación clínico-histopatológica, lo que señala que los clínicos encargados de diagnosticar a los pacientes en la clínica de admisión no los remiten adecuadamente, y se reduce la posibilidad de tener un porcentaje más representativo.



CONCLUSIONES

La importancia que tiene el realizar este tipo de estudios retrospectivos es: El obtener la frecuencia de las neoplasias benignas y malignas en glándulas salivales en los especímenes de la población que es remitida por la Facultad de odontología, por servicios de salud pública, y particulares, que ayuda a tener un conocimiento general de la frecuencia que representan comparado con otras neoplasias ya que no se había y con otras revisiones de otros servicios iguales al del laboratorio de Patología clínica y experimental.

Establecer una correlación de casos vistos en la división de estudios de posgrado, en particular por el departamento de Patología Bucal y comparar las observaciones realizadas para el correcto diagnóstico histopatológico.

Corroborar los criterios histopatológicos, en los cuales fueron obtenidos los diagnósticos, o disentir con estos.

Contribuir con el enriquecimiento de datos, acerca de estas neoplasias, las cuales formaran parte del banco de información del Departamento de Patología Bucal de División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología.



GLOSARIO

ACINO. Subdivisión terminal en forma de saco de una glándula compuesta que tiene una cavidad estrecha y que al combinarse entre si forman un lóbulo

ACTINA.- Proteína muscular que unida a la miosina constituye la actiomicina

ADENOMA. Tumor Epitelial benigno de estructura glandular

AGEUSIA. Falta de sentido del gusto

APOPTOSIS. Muerte celular programada

CONDROIDE. Que tiene aspecto de cartilago

DESMOSOMAS. Engrosamiento del centro de un puente intercelular

ESCAMOSO. Capa de células epidérmicas con ubicación suprabasal

ESTENOSIS. Constricción o estrechamiento, en especial de la luz u orificio de un conducto

ESTROMA. Trama o armazón de un tejido que sirve de red a los elementos celulares.

FIBRONECTINAS.-Glucoproteínas que existen en las membranas basales, junto a cualquier tipo de colágeno

HALINO.-Vitrio o transparente

HISTOGÉNESIS.-Generación o producción y desarrollo de tejidos normales y patológicos.

METAPLÁSICAS.-Se refiere a la producción de células de un tejido distinto al que producen normalmente.

METASTASIS. Aparición de uno o más focos morbosos secundarios a otro primitivo, con o sin desaparición de este.

MIOEPITELIAL. Compuesto de músculo y epitelio, relativo a ambos tejidos.

MIOFILAMENTOS.-Filamentos contráctiles presentes en células musculares y mioepiteliales.

MÓRBIDO. Pertenece a una enfermedad, afectado por ella o lo induce.

NEOPLASIA.-Termino que se emplea para designar las producciones mórbidas, en particular los tumores.



ONCOCITICOS.-Elementos celulares de gran tamaño, núcleo central picnótico y citoplasma abundante y eosinófilo. Se encuentra en las glándulas salivales mayores de individuos de edad avanzada.

PARÉNQUIMA. Parte esencial o especializada de un órgano diferente al tejido conjuntivo de soporte.

PARESTESIA. Sensación de hormigueo o de quemazón de la piel.

PAROTIDEO. Relativo o que afecta la glándula parótida.

PAROTIDECTOMIA. Escisión de la glándula parótida.

PATOGNOMONICO. Característico, relativo a lo que sirve como prueba de diagnóstico, que indica la naturaleza de la enfermedad

PLASMOCITOIDE.-Que tiene semejanza con la célula plasmática.

QUERATINA.-Proteína que se encuentra en la superficie de la epidermis y algunas mucosas.

SIALOGOGO. Fármaco que produce flujo salival

SIALOGRAFIA. Examen radiográfico de una glándula salival que incluye la inyección de una sustancia opaca dentro del conducto.

SIALADENECTOMIA. Extirpación quirúrgica de una glándula salival.

TERATOMA.- Tumor de origen embrionario

TUMOR. Neoformación o nuevo crecimiento de tejido.

TRISMO (TRISMUS).- Contracción tetánica de los músculos maseteros que producen la imposibilidad de abrir la boca.

XEROSTOMIA. Insuficiencia en la cantidad de saliva, boca seca.



REFERENCIAS

- 1.- Lucas R.B. , Pathology of Tumors the Oral Tissues, MTP Press Limited 1976, 128-129
- 2.- Hides J. A., Schaffer O. The changing picture of neoplastic disease in the western and Central Canadian Arctic (1950-1980) Can Med Assoc. J. 1984;130: 25-32
- 3.- Ellis G., Auclair P., Gnepp D. Surgical Pathology of the Salivary Glands, Saunders Company; 1991; 136-137
- 4.- Report on the status of cancer control, May 1989. In Cancer Statistics Review 1973-1986. NIH Publication :89-96.
- 5.- Report on the status of cancer control, May 1989. In Cancer Statistics Review 1973-1986. NIH Publication ;89-96.
- 6.- Regezzi JA, Sciubba JJ, Patologia Bucal, Interamericana, Mc. Graw Hill 1991;242-243
- 7.- Gnepp D., Sanders WB, Diagnostic Surgical Pathology of the head and Neck,2001; 349-386.
- 8.-Seifert G., Sobin HL.,The World Health Organization's Histological Clasification of Salivary Gland Tumors, Cancer 1992; 70:379-385



9.- Ham A., Cormack D., Tratado de Histología, Editorial Interamericana, 8va. Edición, 1984.

10.- Seifert G., International Histological Classification of Tumours. Histological typing of Salivary Gland Tumours. Second edition, 1992

11.- Neville B., Dam D., Bouquot J., Oral and Maxillofacial Pathology, Mosby, 1996.

12.- Dardick I., Cavell S., Boivin M.; Salivary gland myoepithelioma variants: histological, ultrastructural and immunocytological features, Virchows Arch A Pathology Anatomy Histopathology 1989; 13, 187-224.

13.- Sapp P., Eversole L., Wysocki G., Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea, Harcourt, 1998; 319-356.

14.- Bagan JV, Ceballos A, Bermejo A, Medicina Oral, Masson 1995; 321 a 338

15.- .- <http://www.cancernet.nci.nih.gov/clinpdh>

16.- Shafer W.G., Tratado de Patología Bucal, Interamericana, 1984; 215-218

17.-Ellis GL, Auclair PL, Tumors of Salivary Glands AFIP, Atlas of Tumor Pathology 2000

18.- Seifert G., A. Miehke., Diseases of the Salivary Glands, 1986; 184-194



-
- 19.- Thoma K. , Gorlin J, Goldman HM, Patología Oral, Salvat Editores, 1986; 1105-1107.
- 20.-Strassburg M., Knolle G., Mucosa Oral, Atlas a color de Enfermedades, 414 p.,1996.
- 21.- <http://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/Spanish/101455.html>.
Cáncer de la glándula salival. 2000, 1-13.
- 22.-Van de Waal I., Van der Kwast B., Oral Pathology, Quintessence books, Inc. 1998, 266-277
- 23.-Cawson R., Binnie W., Eveson J, Color atlas of Oral Disease, second edition, Mosby-Wolfe, 1995
- 24.- Araújo VC., Martins MT, Leite KRM, Immunohistochemical Mdm2 expression in minor salivary gland tumours and its relationship to p53 gene status, Oral Oncology 36 (2000) 67-69
- 25.- Illes J. Brain R. Review of tumors of salivary gland. Surgery Gynecology & Obstetrics 1986; 163:398-405
- 26.-Garniere, Delamare, Diccionario de términos técnicos de la medicina, Interamericana;1981; 17, 196, 683,1035, 1073
- 27.-Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina, vol 1-2, Mc Graw Hill-Interamericana, 1997, 28va. Edición.
- 28.-Diccionario Terminológico de Ciencias Medicas, 13va. Edición, Salvat, 1993