

Contribución al estudio de los tumores de las glándulas salivales menores

Presentación de 9 casos*

por los doctores
JOSE B. COSTAS,
Profesor de Anatomía Patológica;
JULIO ALONSO ROMELLI,
Jefe de Investigación de Anatomía Patológica;
SERGIO DI PIRAMO,
Ayudante de Investigación de Anatomía Patológica.

S U M A R I O

1. Introducción.
2. Finalidad.
3. Estado actual.
4. Material y métodos.
5. Descripción de las observaciones.
6. Discusión de los resultados.
7. Resumen y conclusiones.
8. Bibliografía.

1. INTRODUCCION

Una de las tareas a que está abocado el Laboratorio de Anatomía Patológica, es la de colaborar con el clínico mediante el estudio histopatológico de piezas y biopsias quirúrgicas recepcionadas.

Para la realización de esta tarea diagnóstica complementaria, es imprescindible un fundamento sólido de la histopatología.

La histopatología constituye un campo atrayente y sumamente instructivo, pero para su relativo dominio, es necesario toda una vida de estudio y sacrificio.

Con el estudio de piezas y biopsias, el patólogo va adquiriendo paulatinamente experiencia que lo capacita para realizar trabajos de estudio e investigación, necesitando por razones obvias, toda la ayuda posible del cirujano o clínico general.

Es posible entonces, emprender tareas de investigación de más al-

* Casos registrados en el Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología.

cance de las que podrían hacerse simplemente, desde el punto de vista meramente morfológico.

2. FINALIDAD

La finalidad de este trabajo es la de contribuir, en base al estudio de casos recepcionados en nuestro Laboratorio, al mejor conocimiento de la patología de los tumores de las glándulas salivales menores o accesorias.

3. ESTADO ACTUAL

Existen en la literatura numerosos estudios sobre clasificación, comportamiento clínico, histogénesis, histopatología, tratamiento y pronóstico sobre tumores derivados de las glándulas salivales mayores, (^{1, 2, 5, 13}) pero hasta el presente muy pocos trabajos documentados existen sobre los tumores que pueden originarse a partir de las glándulas salivales menores de la boca.

Estos, con frecuencia, son motivo de errores diagnósticos, debido principalmente a su tamaño relativamente pequeño y la posibilidad de localizaciones variadas.

Constituyen, no obstante, un grupo importante que en el momento actual suscita variadas controversias.

Han sido clasificados y estudiados sus caracteres histológicos, aunque insistimos, los informes sobre su morfología son escasos. (⁶)

Merecen una atención especial, del punto de vista diagnóstico diferencial, debido a su pronóstico incierto. (⁴).

Las glándulas salivales menores, tanto mucosas como serosas, punto de partida de los tumores, están

presentes normalmente en la mucosa del paladar (duro y blando), en las mejillas, en los labios, en la lengua y en el piso de la boca.

Su histología es bien conocida, siendo necesario recordar solamente que sus componentes celulares son el epitelio acinoso (mucoso y seroso), y el epitelio cúbico, cilíndrico, cilíndrico seudoestratificado, escamoso estratificado, de las distintas porciones de los conductos excretores. (⁶)

Las localizaciones más frecuentes son el paladar duro y blando, paralelamente, ocasionalmente en las mejillas (parte mucosa), y más raramente en los labios y piso de boca. (^{3, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 19})

Clasificación.

Constituye aún un problema el tratar de clasificar los tumores de las glándulas salivales menores por motivos ya expuestos, por lo que daremos detalles de las variedades más comunes, tomando como base principal la clasificación de los tumores de las glándulas salivales mayores.

Los neoplasmas epiteliales primarios de las glándulas salivales son adenomas, siendo las diferencias celulares y estructurales explicadas por la gran capacidad de diferenciación del epitelio de los conductos intercalares, que constituye el punto más importante de la proliferación del parénquima de los adenomas. (²)

Tumores mixtos.

(Adenomas pleomórficos.)

El término "tumor mixto" está fuertemente arraigado en el lenguaje patológico. Sin embargo, algunos autores (^{1, 2, 7}) creen conveniente

reemplazarlo por uno más apropiado: "adenoma pleomórfico". Anderson (^{1, 2}) acota que ello ya fue sugerido por Willis.

Fue llamado por mucho tiempo "tumor de la glándula parótida", (⁵) denominación inconveniente, ya que puede presentarse en cualquiera de las otras glándulas (mayores y menores).

Bernier (⁴) opina que aunque dicho término no es el más apropiado, es evidente que expresa la mezcla de elementos histológicos que constituye el sello característico del neoplasma.

Poco más puede decirse actualmente de su aspecto y comportamiento clínicos desde que fueron reconocidos y descritos por vez primera por Bilroth en el año 1859. (¹⁰)

Los tumores mixtos de origen glandular salival son más comunes en la parótida. Son de crecimiento lento, de forma generalmente nodular, de consistencia firme o elástica. Pueden estar presentes por años con poca o ninguna sintomatología. La gran mayoría de este tipo de neoplasmas es de naturaleza benigna, aunque no es de descartar la posibilidad de desarrollo, a partir de ellos, de un carcinoma.

El crecimiento rápido de un tumor, que ha estado presente y estacionado o creciendo lentamente por años, sugiere un cambio maligno. (^{1, 2})

El aspecto histológico es variable y confuso, (^{1, 2, 5}) participando en su constitución tejidos ecto y mesodérmicos.

Los siguientes elementos están por lo general presentes en alguna parte del tumor, aunque difícilmente encontrados conjuntamente en un mismo campo microscópico. (⁵)

- a) formaciones epiteliales presentando a menudo una disposición glandular;
- b) tejido mucoso o mixoide con producción de mucina;
- c) cartílago, y
- d) tejido linfoideo.

Los intentos de subclasicación de estos tumores ha traído desacuerdos y confusionismo, por lo que hay muchos autores que no creen en la utilidad de tales propósitos.

Es interesante señalar que en algunos casos la estructura se simplifica, predominando por ejemplo el elemento epitelial, dando un tumor más simple adenomatoso. (^{1, 2})

La histogénesis de los tumores mixtos ha sido ampliamente debatida, dando lugar a gran variedad de teorías, la mayor parte de las cuales han sido desechadas.

Algunas teorías propuestas (¹⁰) son:

Teoría mesenquimática.

De acuerdo a ella, los tumores surgirían del estroma fibroso glandular. No da una explicación de los elementos ectodérmicos, a no ser sobre la base de restos remanentes de la glándula original o por metaplasia del tejido conectivo.

Como se acepta que el tejido conectivo adulto no es capaz de una metaplasia epitelial, esta teoría es prácticamente excluida.

Teoría ectomesodérmica.

La génesis sería a partir de inclusiones mesoectodérmicas, que estarían presentes en las regiones de los arcos branquiales durante el desarrollo embrionario. Tales esbozos embrionarios no han sido

nunca puestos en evidencia, ya que no existan o que no se distingan los elementos desarrollados.

Teoría embrionaria.

Los tumores mixtos surgirían de restos embrionarios que restan luego del desarrollo de las glándulas salivales. Tales restos, a causa de disturbios del desarrollo, quedarían incluidos y finalmente darían crecimiento a los tumores. Pero se conocen tumores idénticos, del punto de vista estructural, a muchos tumores mixtos de las glándulas salivales que se presentan en tales localizaciones (tumores de las glándulas sudoríparas) que excluirían dicho origen.

Teoría epitelial.

La teoría más aceptada en la actualidad, sugiere el origen en el ectodermo oral primitivo. El estroma surgiría de una degeneración o secreción mucoidea de las células epiteliales, o mediante la acción organizadora de las células tumorales sobre el mesénquima circunvecino.

En suma, la naturaleza del tumor es sumamente debatida, pareciendo lo más probable que exista sobre todo una potencialidad latente de diferenciación exagerada. La explicación del cartílago presente sería que las células epiteliales tumorales producirían mucina, originándose así el tejido mixomatoso, positivo con el mucicarmín, homogéneo como el cartílago, residiendo las células en pequeños espacios libres alrededor de los que podría producirse una especie de condensación fibrilar. Además, las células en proliferación inducirían ciertos cambios en los tejidos circunvecinos, con

fenómenos metaplásicos del estroma y la formación de cartílago, tejido adiposo, etc.

Como ya lo hemos expresado anteriormente, hay evidencias de un origen neoplásico a partir del epitelio tubular intercalado.

Tumores mucoepidermoides.

Fueron denominados "epitelomas a doble metaplasia" por Masson en el año 1924, y en 1945, Stewart, Foote y Becker, realizaron un estudio cuya base fueron 45 casos registrados, y les dieron el nombre de mucoepidermoides. (7, 13, 18)

Los autores nombrados distinguieron formas inocentes y formas malignas, no habiendo un acuerdo general, especialmente del punto de vista histológico, en la facilidad de tal distinción. Es por dicha razón que, por el momento, sea lo más lógico y prudente considerar a todos ellos como potencialmente malignos. (6) Algunos de los caracteres microscópicos del tumor mucoepidermoide sería la predominancia de las células epidermoides, la ausencia de microquistes, la disposición laminar de las células con ausencia de las formaciones tubulares y papilares de las formas benignas. (13)

De un modo general el tumor mucoepidermoide comprende células mucosas, pequeñas células cuboides y células epidermoides. La disposición de las células puede ser variable.

Es de interés el anotar que en la cavidad bucal los tumores mucoepidermoides son confundidos, del punto de vista clínico, con el tumor mixto (adenoma pleomórfico) u otro tipo de adenoma.

**Carcinoma adenoideo quístico.
(Carcinoma seudoadenomatoso a células basales, tumor mixto basaloide y cilindroma.)**

Tumor relativamente infrecuente, que ha recibido variadas denominaciones que crean cierta confusión. Tiene un crecimiento relativamente lento, no encapsulado, de bajo grado de malignidad, con tendencias destructivas, y las metástasis, aunque no siempre presentes, son una posibilidad.

Clínicamente el carcinoma adenoideo quístico presenta similares historia y hallazgos físicos a los del tumor mixto, (^{14, 16}) y no infrequentemente es tratado como tumor benigno.

Se le observa más frecuentemente en el paladar a punto de origen de las glándulas palatinas. (⁴)

Del punto de vista histológico está constituido por células tumorales que se tiñen intensamente, con citoplasma relativamente abundante, (²) que crece en forma sólida, en cordones anastomosados, o con un patrón adenoideo quístico. Aparentemente tal variación en la estructura histológica no le da un alcance diferente del punto de vista de su comportamiento clínico, siendo siempre serio su pronóstico. (⁴)

**4. MATERIAL
Y METODOS**

El material consistió de nueve tumores de glándulas salivales menores recepcionados en nuestro Laboratorio, de los que seis eran del paladar, dos de la mejilla y uno del labio superior.

Los pacientes, cuatro hombres y cuatro mujeres (no recibiéndose el dato correspondiente del caso res-

tante), y las edades oscilaron entre los 17 y los 57 años.

Los especímenes fueron fijados en formalina neutra al 10%, incluidos en parafina, seccionados entre 6 y 7 micras, y coloreados con hematoxilina-eosina, van Gieson y mucicarmín de Meyer.

**5. DESCRIPCION
DE LAS OBSERVACIONES**

Caso N° 1.—Acc. 120-62. El caso N° 1, se hallaba localizado en el lado izquierdo del paladar, en una señora de 40 años de edad. De color violáceo, con zonas rosadas normales, con un tamaño aproximado de 2,5 cm. Sésil y de consistencia variable. Creció lentamente, observándose la lesión desde hace un año.

El tumor está constituido por lóbulos de células epiteliales de formas irregulares, separadas por un tejido conectivo denso (microfotografía 1). En la parte periférica se encuentra el epitelio malpighiano de cubierta con aspecto normal.

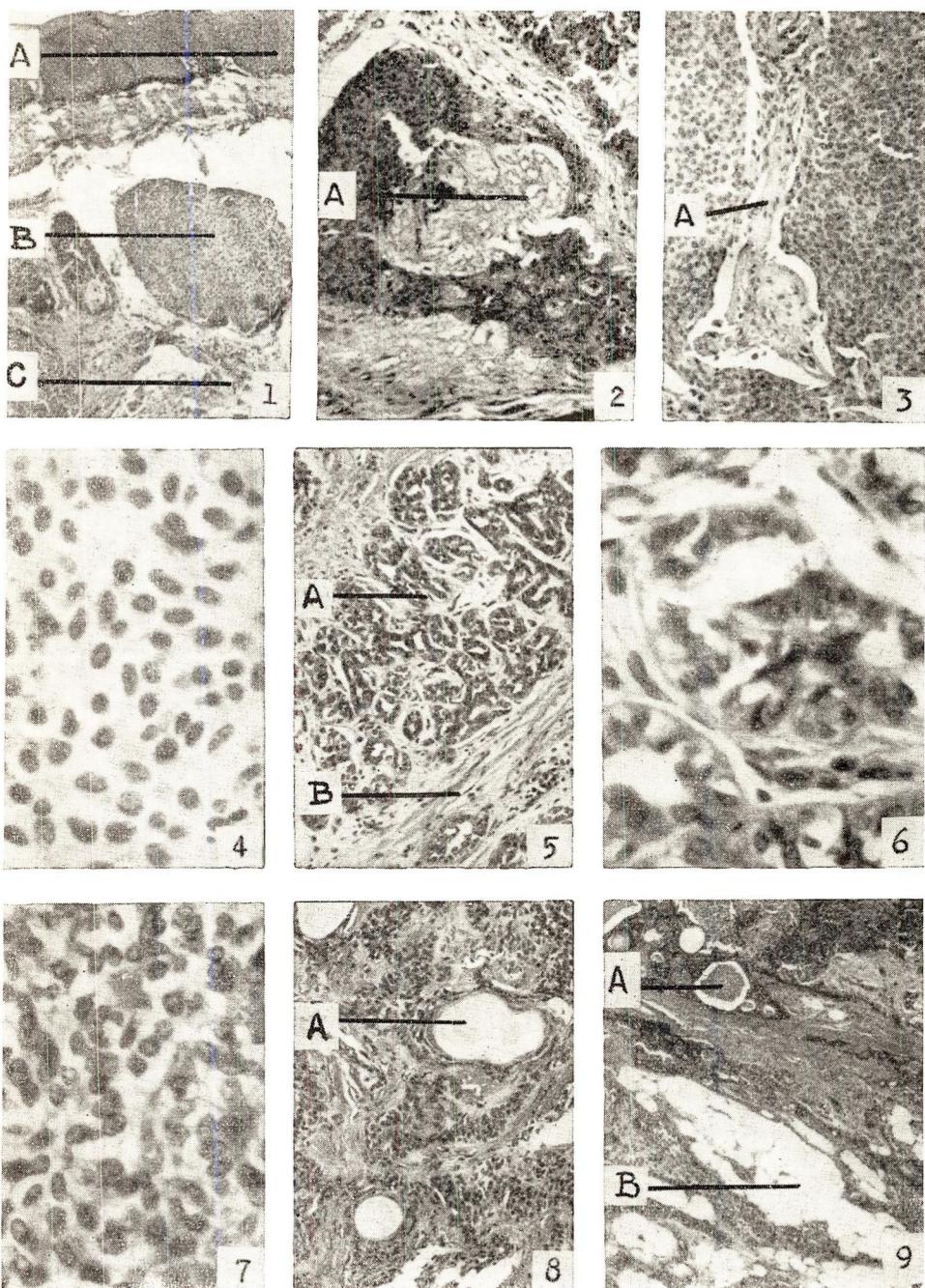
Fuera del tumor, se encuentran restos glandulares normales, con los conductos excretores dilatados.

La masa tumoral se encuentra rodeada con una condensación fibrosa conectiva que hace las veces de cápsula, limitando y circunscribiendo la formación tumoral.

Las formaciones epiteliales son en parte macizas, observándose en otras zonas, preferentemente en la parte periférica, una disociación celular con desaparición celular y presencia de mucina (mucicarmín positivo; microfotografía 2).

El elemento proliferante, en este caso, es preferentemente epitelial.

Examinado a un mayor aumento, se observan las células que tienden a la forma poliédrica con citoplasma rosado, débilmente acidófilo y finamente granular, con núcleos ovoideos o redondeados, más bien pobres en cromatina, en los que se hacen bien aparentes uno o varios nucleolos (microfotografías 3 y 4).



PLANCHAS I

Fig. 1: Parte periférica del tumor. A: epitelio de cubierta; B: lóbulo epitelial; C: estroma conectivo. **Fig. 2:** Lóbulo epitelial con formación mucinosa, A. **Fig. 3:** Lóbulos macizos y estroma hialinizado, A. **Fig. 4:** Gran aumento para observar la forma celular. **Fig. 5:** Disposición tubular de las células, A. En B, el estroma. **Fig. 6:** Mayor aumento para observar disposición y forma celular (patrón tubular). **Fig. 7:** Porción tumoral netamente celular (tipo simple). **Fig. 8:** Cordones epiteliales con una forma queratinosa, A. **Fig. 9:** A: formaciones acidófilas; B: formaciones lipomatosas.

Es solamente en algunas zonas que se hace bien definido el límite celular, dándole a la célula la forma poliédrica anteriormente mencionada.

Se trata en este caso de un tumor mixto esencialmente celular.

Esta estructura se manifiesta de un modo más o menos uniforme en toda la extensión del tumor, vale decir, que no presenta los caracteres histológicos del clásico tumor mixto pleomórfico.

En suma: se trata de un tumor mixto simple.

Caso N° 2.— Acc. 43-61. Como únicos datos disponibles de este caso tenemos su localización en mejilla de una persona de sexo femenino.

A pequeño aumento, el tumor se halla constituido por islotes y trabéculas de dimensiones variables en la parte central, observándose en la parte periférica pequeñas formaciones celulares que tienden a las estructuras de conductos glandulares (patrón tubular) (microfotografías 5 y 6).

Puede observarse, especialmente en la parte externa, restos de ácinos glandulares normales.

El estroma del tumor está representado por un tejido conectivo fibroso perfectamente individualizado que separa las formaciones celulares en forma de islotes enviando a su interior finas ramificaciones.

El elemento celular está representado por células con citoplasma poco distintivo, y con núcleos que tienden a la forma oval, medianamente ricos en cromatina (microfotografía 7).

No se observa atipismo celular y esas mismas células comprenden los elementos que forman los seudoconductos glandulares.

La coloración en mucicarmín, fue débilmente positiva, especialmente en zonas donde se produce una verdadera hialinización del estroma conectivo.

En este caso, el tumor tiene dos caracteres, del tipo simple y del tipo adenomatoso.

Caso N° 3.— Acc. 123-60. Como único dato recibido en el Laboratorio fue su localización. La misma es en la región palatina.

En este caso tenemos que el parénquima tumoral en su forma epitelial y conjuntiva, responde a la estructura celular típica del adenoma pleomórfico.

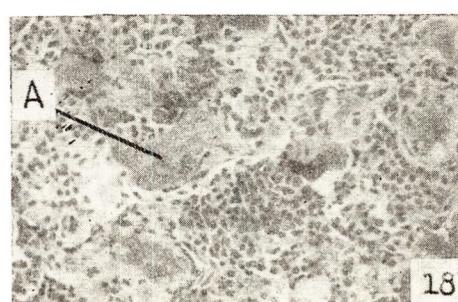
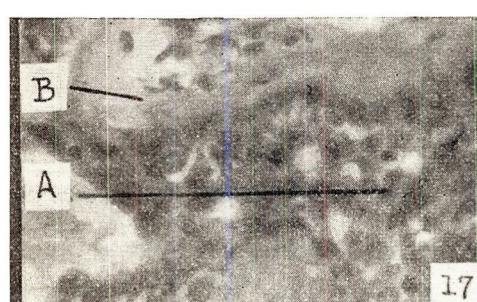
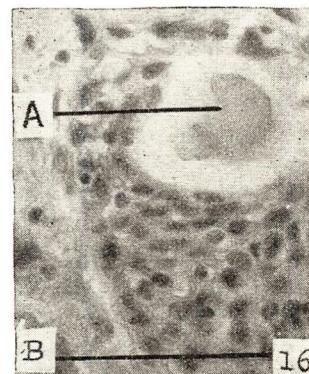
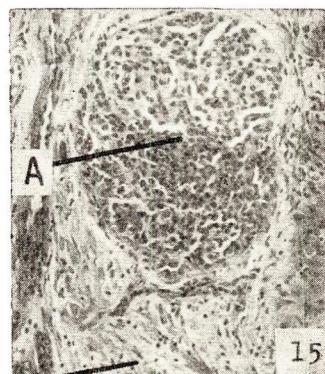
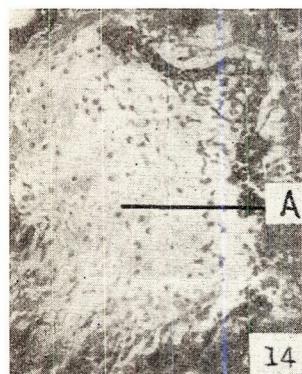
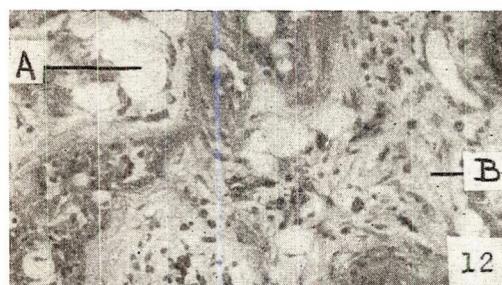
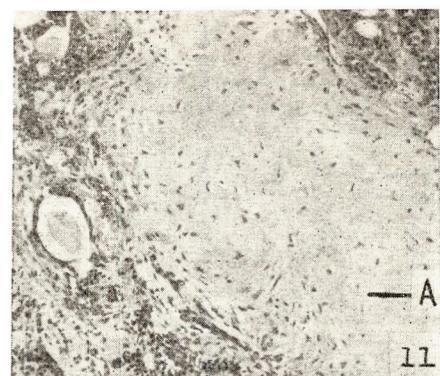
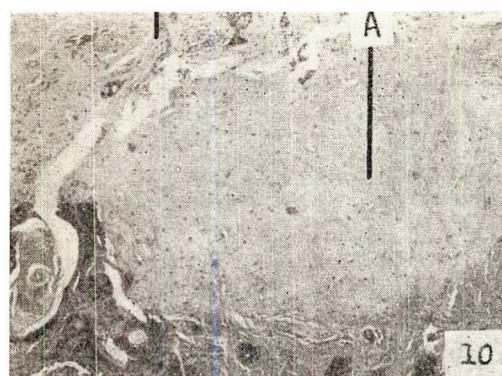
Se observan islotes, cordones y lóbulos epiteliales, presentando muchos de ellos en su interior cavidades en formas irregulares conteniendo una sustancia homogénea que se tinge intensamente con la eosina.

Hay depósitos también de formaciones queratinosas, juntamente con restos celulares (microfotografía 8).

Como formaciones de tipo conjuntivo, merece señalarse la presencia de lóbulos circunscritos de tamaño desigual de tipo lipomatoso (microfotografía 9), así como la presencia de densas placas condroides (microfotografía 10).

En algunas zonas la formación de mucus en el seno de tejido conectivo, hace que este último tome el aspecto mixomatoso (microfotografía 11).

Las células epiteliales presentan dos aspectos morfológicos diferentes: en efecto,



PLANCHAS II

Fig. 10: A: placa condroide. Fig. 11: Formación mixocondroide. Fig. 12: A: porción lipomatosa y B: estroma conectivo. Fig. 13: Estructura celular con cavidades conteniendo sustancia acidófila. Fig. 14: Zona mixocondroide del mismo tumor anterior. Fig. 15: A: formación epitelial ovoide; B: estroma conectivo. Fig. 16: A: formación acidófila; B: epitelio. Fig. 17: A: formación epitelial irregular, en medio de un estroma hialinizado, B. Fig. 18: A: estroma hialinizado.

to, en algunas zonas son células con citoplasma más bien basófilo y con núcleo rico en cromatina; en otras las células poseen un citoplasma acidófilo abundante, tienden a la forma poligonal, sus límites son más bien distintivos y los núcleos más pobres en cromatina.

El tumor presenta, en la zona periférica, una condensación fibrosa conectiva (seudocápsula).

La mucosa de cubierta es normal, observándose en el corion la presencia de islotes de glándulas mucosas normales.

Caso N° 4.—Acc. 33-58. Como únicos datos registrados tenemos su localización en paladar, lado izquierdo, de una persona de sexo femenino, cuya edad es de 57 años.

En este tumor, lo que predomina es el tejido conectivo fibroso muy poco celular, de aspecto hialinizado, el que se encuentra salpicado de formaciones irregulares lipomatosas (microfotografía 12).

El elemento epitelial, es escaso en relación al conectivo, y está representado por células epiteliales con citoplasma poco definido, acidófilo, núcleo redondeado y con cierto atipismo con relación a su forma, que se dispone en forma de cordones y pequeños islotes irregulares (microfotografía 13).

En algunos de los islotes es posible observar cavidades conteniendo una sustancia acidófila.

En suma, tumor mixto, variedad fibroadenomatosa.

Caso N° 5.—Acc. 11-58. Su localización en región palatina del lado izquierdo, en

una persona de sexo masculino y de 20 años de edad. Su tamaño, ocupando todo el hemipaladar y de coloración normal con forma redondeada. Su inserción sésil y de consistencia variable: dura y depresible. Su evolución, según datos suministrados por el paciente, data de tres meses atrás.

Es un tumor mixto con los caracteres histológicos muy semejantes al caso anterior (microfotografías 14 y 15).

Nótese, sin embargo, una mayor abundancia de elementos epiteliales, que en ocasiones experimenta una verdadera transformación mucosa (mucicarmín positivo).

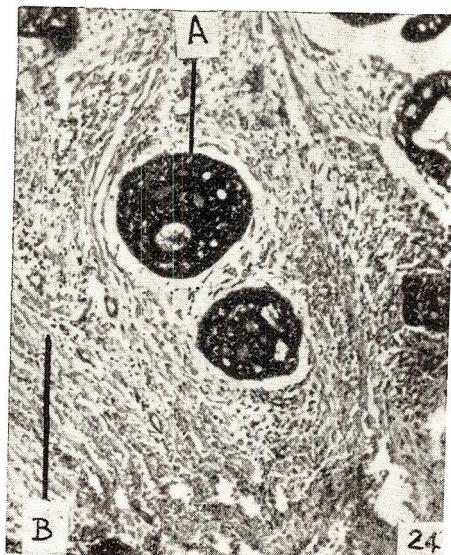
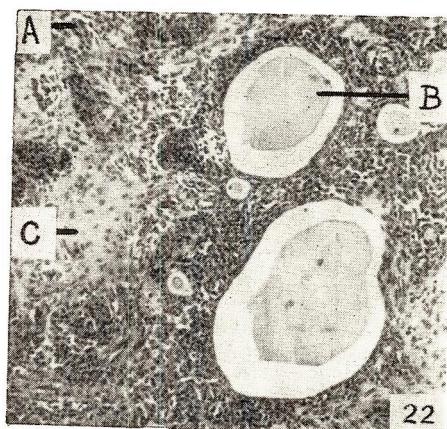
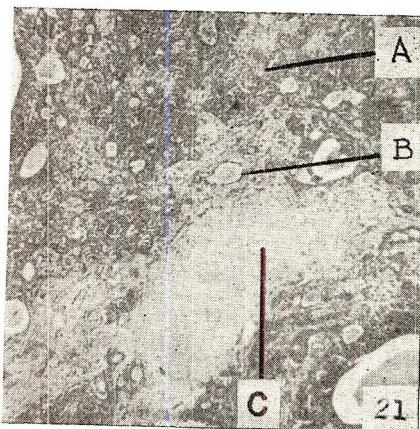
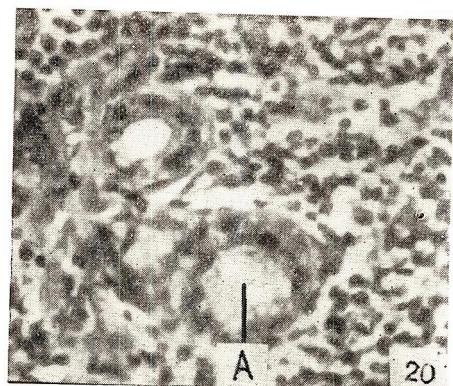
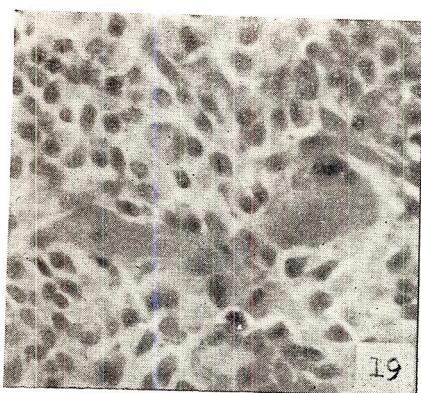
Caso N° 6.—Acc. 4-58. Como datos clínicos aportados, fueron los siguientes: localización en paladar duro, tercio posterior del lado derecho, en una persona de sexo femenino de 17 años de edad. Con consistencia fluctuante y de apariencia clínica de absceso frío. Se envía para examen material que surgió de la compresión del proceso.

El material obtenido para el estudio de este caso fue, como ha sido mencionado anteriormente, producto de la expresión de una tumoración blanda de paladar, que había sido tomada por un absceso palatino.

Es un tumor esencialmente celular, con los caracteres de las células poliedricas acidófilas mencionadas en los casos anteriores.

Estas células se presentan dispuestas más bien en forma difusa, poseyendo sin embargo en algunas partes una forma de cordón y de islotes (microfotografía 16).

Entremezcladas con los elementos celulares se encuentran formaciones fuertemente acidófilas, que representan el es-



PLANCHAS III

Fig. 19: Caracteres morfológicos de las células tumorales y entre ellas el estroma hialinizado. Fig. 20: A: formaciones tubulares. Fig. 21: A: Parénquima tumoral; B: cavidades de tamaño desigual contenido sustancia acidófila; C: placa condroide. Fig. 22: Mayor aumento para observar: A: forma celular; B: cavidades con sustancia eosinófila; C: estroma hialinizado. Fig. 23: Descripción típica del carcinoma adenoideo quístico. A: Formaciones parenquimatosas irregulares; B: cavidades en el interior de las formaciones tumorales. Fig. 24: A: formaciones tumorales en forma de islotes; B: estroma fibroso.

troma conectivo profundamente modificado e hialinizado (microfotografía 17).

Dicha hialinización le da el aspecto, en algunas porciones, de tejido mucoideo.

Este tumor mixto tiene la estructura del tipo o variedad que llamamos simple.

Caso N° 7.—Acc. 39-58. Datos obtenidos: su localización en mejilla como nódulo submucoso. Sexo masculino y de 50 años de edad.

Variedad de tumor tipo esencialmente celular circunscrito, pero no notándose ni cáspula ni seudocápsula.

Las células epiteliales, elementos preponderantes del tumor, presentan núcleos redondeados, con tamaños más o menos uniformes, así como una capacidad tintorial que presentan ligeras modificaciones.

El límite citoplasmático es muy poco distintivo, presencia ocasionales de figuras mitóticas, así como restos aparentes de conductos glandulares (microfotografías 18, 19 y 20).

Caso N° 8.—Acc. 15-92. Tumoración localizada en el labio superior en un paciente de sexo masculino.

De acuerdo a la historia, el paciente había recibido un fuerte pelotazo, meses atrás. Luego del crecimiento de la tumoración inflamatoria, el paciente manifiesta la persistencia en el labio de una especie de "endurecimiento" que fue aumentando de volumen, asintomático, por el cual pide consulta.

La pieza operatoria, que fue fácilmente enucleada, presentaba el aspecto de una

pequeña patata de forma ovalar, con eje mayor de 22 mm.

A la sección, presentaba una superficie blanquecina amarillenta, con cavidades de distintas dimensiones, con contenido gris anacarado.

Tumor perfectamente circunscrito, rodeado por una cápsula fibrosa y en el que se destaca el elemento epitelial que se dispone en forma de islotes o cordones, y en otras zonas en forma difusa.

Presencia de cavidades de tamaño desigual, enclavadas en el elemento epitelial, alcanzando a veces dimensiones considerables, especialmente en la parte periférica, casi en íntimo contacto con la cápsula conjuntiva.

Presencia de placas de tipo condroide y zonas mixomatosas. Las células epiteliales se caracterizan por sus núcleos muy erómáticos de forma desigual, pero tendiendo a la redondeada o a la ovoidea (microfotografía 21 y 22).

En suma, características en este caso, de tumor mixto pleomórfico.

Caso N° 9.—Acc. 103-61. Su localización en el paladar, lado izquierdo, cercano al borde alveolar. Sexo masculino y de 45 años de edad.

Única forma tumoral maligna de nuestra serie.

Presenta disposición y caracteres histológicos propios del carcinoma adenoideo quístico.

El parénquima epitelial tumoral en forma de conglomerados irregulares, se encuentra separado por un estroma conectivo fibroso moderadamente celular.

El parénquima tumoral, presencia de cavidades de tamaño desigual, vacíos o llenos de sustancias ligeramente acidófilas y otras basófilas positivas al mucicarmín (microfotografías 23 y 24).

El epitelio malpighiano de cubierta no ofrece nada de particular, salvo que en algunas zonas el parénquima tumoral se sitúa en íntimo contacto con el mismo.

6. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Del estudio bibliográfico realizado en relación al tema, así como de nuestra experiencia personal sobre los casos registrados, se hace evidente el confusionismo existente sobre este tipo particular de tumores.

Ello no es de extrañar, dado que el mismo problema existe en relación a los tumores llamados mixtos de las glándulas salivales mayores.

Creemos que una explicación de lo anteriormente expuesto, sea debido a la dispar estructura histológica de estos neoplasmas, como a los problemas existentes en relación a su histogénesis, así como a su relativa incidencia.

De todos modos, creemos interesante el estudio e investigación realizado, porque en base a los mismos, hemos trazado una base fundamental que nos permita en el futuro realizar trabajos que se relacionen tanto a su histogénesis como a su comportamiento evolutivo.

Para esto último, va a ser necesaria una colaboración más íntima con los cirujanos que realizan el tratamiento.

7. RESUMEN Y CONCLUSIONES

De los nueve tumores de las glándulas salivales menores, ocho per-

teneen al grupo heterogéneo de los llamados tumores mixtos, y uno al tipo de tumor maligno.

Seis estaban localizados en el paladar (tres del lado izquierdo, dos del lado derecho, el restante se recibió sin datos); dos localizados en la mejilla, y uno en el labio superior.

Las edades oscilaron entre 17 y 57 años.

De los tumores mixtos, algunos se acercaban por su estructura al tipo pleomórfico de los tumores de las glándulas salivales mayores. Otros poseían estructuras más simples (tumor mixto tipo celular o simple y tumor mixto tipo adenomatoso).

De acuerdo al estudio realizado y a los casos recepcionados, es prácticamente imposible la subclasiificación de los llamados tumores mixtos de las glándulas salivales menores.

Hasta el momento, la única subclasiificación posible, sería la de tumores mixtos tipo pleomórfico, tipo simple o celular, tipo adenomatoso, o tipo combinado.

El tumor maligno de nuestra serie, por su localización, aspecto y evolución, fue considerado clínicamente como tumor mixto, y únicamente su estudio histológico pudo dilucidar su verdadera naturaleza.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

Nine tumors of minor salivary gland were studied, eight belonged to the so-called mixed tumor group, and one to the malignant tumor group.

Six were located on the palate (three on the left side, two on the right one, and the remaining came

without such fact); two located on the cheek, and one on the upper lip.

The age ranged between 17 and 57 year.

Of the mixed tumor group some of them looked alike the pleomorphic type or class of the major salivary glands tumors.

Another ones had simpler structures (celular or simple class and adenoma class, or combined class).

On basis of the study and our reported cases is practically impossible by now to make any sub-classification of the so-called mixed tumor of the minor salivary glands.

The only possible subclassification would be on pleomorphic, simple cellular, combined mixed tumor class.

The malignant tumor of our series, by its location, aspect, and evolution, was erroneous considered as a mixed tumor and only was possible dilucidate its true nature by the microscopic study.

8. BIBLIOGRAFIA

- 1) ANDERSON, W. A. D.—“Pathology”, 2a. Ed., 1953. St. Louis. The C. V. Mosby Company. Pág. 750.
- 2) ANDERSON, W. A. D.—“Synopsis of Pathology”, 5a. Ed., 1960. St. Louis. The C. V. Mosby Company. Pág. 533.
- 3) ARMBRECHT, E. C.; KLINE, K. K.—Mixed tumor salivary type of the palate. “Oral Surg., Oral Med., Oral Path.”, Vol. 6, 1953, pág. 830.
- 4) BERNIER, Joseph L.—“The Management of Oral Disease”. St. Louis. The C. V. Mosby Company. Pág. 579, 1955.
- 5) BOYD, William.—“A test-book of pathology. An Introduction to Medicine”. Lea and Febiger, 6a. Ed., pág. 442, 1953.
- 6) BHASKAR, S. N.; WEINMANN, J. P.—“Oral Surg., Oral Med., Oral Path.”, Vol. 8: pág. 1278; 1955.
- 7) CASSINELLI, Juan F.—Anatomía patológica de los tumores de la parótida. “Octavo Congreso Uruguayo de Cirugía”, tomo I, pág. 77, Montevideo, 1957.
- 8) CHAUDHRY, A. P.; VICKERS, R. A.; GORLIN, R. J.—Intraoral Minor Salivary Gland Tumors. An analysis of 1414 cases. “Oral Surg., Oral Med., Oral Path.”, Vol. 14: pág. 1194; 1961.
- 9) COOK, T. J.—Mixed tumor of the palate. A case report. “Oral Surg., Oral Med., Oral Path.”, Vol. 2: pág. 1546; 1949.
- 10) ELDER, H. K.; KLINE, S. N.; FADER, M.—“Oral Surg., Oral Med., Oral Path.”, Vol. 14: pág. 257; 1961.
- 11) EWING, James.—“Oncology”. W. B. Saunders Company.
- 12) FLEMING, H. S.—“Oral Surg., Oral Med., Oral Path.”, Vol. 7: pág. 683; 1954.
- 13) FOOTE, F. W.; FRAZELL, E. L.—Tumors of the major salivary glands. “Armed Forces Institute of Pathology”. Washington, D.C., pág. 13, 1954.
- 14) HEFLICH, M. D.; VOLK, B. M.—Malignant mixed tumor of the palate. Cylindroma. A case report. “Oral Surg., Oral Med., Oral Path.”, Vol. 7: pág. 705; 1954.
- 15) QUINN, J. H.; FULLMER, H. M.—“Oral Surg., Oral Med., Oral Path.”, Vol. 6: pág. 1175; 1953.
- 16) ROUNDS, Ch. E.; GOLDMAN, H. M.—“Oral Surg., Oral Med., Oral Path.”, Vol. 4: pág. 303; 1951.
- 17) SALMAN, I.; LANGEL, I.—“Oral Surg., Oral Med., Oral Path.”, Vol. 7: pág. 573; 1954.

- 18) THOMA, K. H.—“Oral Pathology”. The C. V. Mosby Company. 4a. Edition, 1954, pág. 1421.
- 19) VIANNA, M. R.—Pleomorphic adenoma of minor salivary gland. Report of a case. “Oral Surg., Oral Med., Oral Path.”, Vol. 16: pág. 14: 1963.

Dr. José B. Costas: Br. Artigas 3662. Montevideo, Uruguay.

Dr. Julio Alonso Romeili: Santiago de Chile 1304, P. 2. Montevideo, Uruguay.

Dr. Sergio Di Piramo: Avda. Agraciada 2012, P. 7, apto. 12. Montevideo, Uruguay.