

**PATOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVARES
MENORES**

PATOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVARES MENORES

MARIO A. SANZ
ODONTOLOGO
R. BRASIL 2972
Tel. 785311

Dr. JAIME GRUMBERG
Prof. de Clínica Quirúrgica
Buco-Maxilar
Asistente de Otorinolaringología
Facultad de Medicina

Dr. SERGIO DI PIRAMO
Prof. Adj. de Anatomía Patológica



SERIE DE:

**PATOLOGIA
CIRUGIA
PARADENTOLOGIA**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LAS HERAS 1925

INTRODUCCION

Las glándulas salivares menores, están ampliamente distribuidas en la cavidad bucal, localizándose en labios, la mitad posterior del paladar duro, paladar blando, lengua, piso de boca, mejilla, vestíbulo y zona retromolar. La mayor parte de estas glándulas son de secreción mucosa pura, el resto serosas o mixtas.

Distintos trastornos pueden afectarlas, tales como anomalías del desarrollo, inflamaciones, quistes y tumores tanto benignos como malignos. Es indudable que estos últimos constituyen las afecciones más importantes por su implicancia con la vida del paciente.

Para el estudio de estas afecciones hemos adoptado la siguiente clasificación destacando que hay una serie de lesiones que afectan las glándulas mayores, pero que no han sido descriptas en las menores.

I.— TRASTORNOS DEL DESARROLLO	{	Agenesia
		Glándulas accesorias
II.— INFLAMACIONES	{	Sialoadenitis
		Sialolitiasis
		Periadenitis mucosa necrótica recidivante
		Queilitis
III.— QUISTES	{	Mucoceles
		Ránulas
IV.— TUMORES	{	Benignos
		Malignos

I. — TRASTORNOS DEL DESARROLLO

Constituyen entidades muy raras y comprenden la agenesia y la aparición de glándulas aberrantes o accesorias.

AGENESIA

Es la falta de desarrollo de una o más glándulas. El trastorno es grave, cuando se trata de alguna de las glándulas mayores.

La mucosa bucal se presenta seca y lisa lo que hace que el paciente tome mucha agua, particularmente durante las comidas.

Como consecuencia de la falta de saliva hay un incremento notable de caries.

En cuanto a la agenesia de las glándulas menores no produce mayores trastornos clínicos.

GLANDULAS ACCESORIAS

Pueden localizarse en cualquier punto de la mucosa bucal. No tienen ninguna significación clínica, ya que raramente pueden dar lugar a la formación de un mucocele o tumor.

II. — INFLAMACIONES

Muy poco hay publicado sobre los cambios inflamatorios en las glándulas salivares menores. Hay ciertos procesos como la sialolitiasis, que son excepcionales en las glándulas accesorias. Por lo tanto se hará solo una breve descripción de algunas de estas lesiones: sialoadenitis, sialolitiasis, queilitis glandular y periadenitis mucosa necrótica recidivante.

SIALOADENITIS Y SIALOLITIASIS

Es la inflamación de carácter no específico, de las glándulas salivares. Generalmente es provocada por la diseminación de microorganismos (*staphylococcus aureus*, *streptococcus hemolyticus*) que están presentes en el medio bucal e invaden glándula y conducto.

Sialolitiasis es la obstrucción de un conducto glandular por un cálculo el cual trae aparejado trastornos inflamatorios. El cálculo es una formación dura, redondeada, que puede variar de tamaño entre pocos milímetros a dos o más centímetros en las glándulas salivares mayores.

Su presencia en las glándulas salivares menores es excepcional.

Clínicamente ambos procesos tienen manifestaciones similares, poco notorias, consistentes en tumefacción y ligeras molestias.

El tratamiento se hace en base a antibióticos. Cuando hay cálculos, si son pequeños es posible muchas veces removerlos por simple manipulación; de lo contrario el tratamiento es quirúrgico.

QUEILITIS GLANDULAR

Se describen dos formas: queilitis simple (Puente y Acevedo) y queilitis apostematosa o supurada.

Queilitis simple. — Descrita por Puente y Acevedo. Consiste en la aparición en la semimucosa del labio inferior, (parte de la mucosa visible con la boca cerrada), de pequeñas manchas color rojo vivo, por las cuales sale al comprimir el labio, una secreción clara y mucosa. La evolución es crónica.

Del punto de vista anatomopatológico, hay una hipertrofia adenomatosa de glándulas salivares. La mucosa vecina es hiperplásica.

Esta lesión adquiere su importancia, por el hecho de que muchos autores afirman la posibilidad de evolución cancerígena, a partir del epitelio de los conductos excretores.

Queilitis apostematosa o supurada. — Es una complicación de la precedente y tiene tendencia a ganar las comisuras e inclusive el labio superior.

Si bien la forma simple es en realidad una hipertrofia ésta es un proceso inflamatorio, acompañado de una hiperplasia. En el período de estado hay una sensación de tensión y molestia en el labio inferior, con dificultades para su movilización. Aparece en la semimucosa del labio costras espesas, húmedas, adheridas que al removerlas dejan la mucosa erodada, viéndose pequeñas elevaciones correspondientes a las glándulas salivares accesorias.

Como terapéutica se realiza el tratamiento de la infección aguda pudiéndose complementar con radioterapia.

PERIADENITIS MUCOSA NECROTICA RECIDIVANTE

Es una enfermedad causada por una variedad del estreptococo hemolítico.

La lesión inicial que por lo general es múltiple, comienza bajo la forma de pequeños nódulos submucosos, rojos y dolorosos. En el curso de pocos días crecen y luego la mucosa que los recubre se necrosa, dejando una úlcera de tamaño variable, profunda y muy dolorosa. Entre 3 y 6 semanas más tarde, se produce la cicatrización.

La característica más saliente de esta enfermedad, es que una vez que se cura una úlcera, aparece una nueva lesión en las vecindades, quedando cicatrices fibrosas retractiles.

Microscópicamente se observa elementos de una úlcera no específica relacionada con glándulas salivares.

El tratamiento es sintomático.

III.— QUISTES

La denominación de estos quistes salivares son diversos y las podemos encontrar descritas bajo el nombre de quistes mucoides, quistes por retención, mucoceles, ránulas. Nosotros siguiendo a la mayoría de los autores, llamaremos ránulas a los quistes salivares localizados en el piso de la boca, y mucoceles a los quistes salivares ubicados en cualquier otra zona de la cavidad bucal.

MUCOCELES

Características clínicas

Se presenta como una deformación de la mucosa, redondeado, generalmente de tamaño pequeño. Cuando es superficial, tiene un color azulado debido al contenido mucoso. (Fig. 1 y 2)

A la palpación es blando sin límites que lo separen netamente de los tejidos vecinos.

En su evolución el quiste aumenta de volumen y puede abrirse espontáneamente, dejando salir un líquido claro, espeso y filante.

Se localiza preferentemente en labios y lengua, aunque pueden aparecer en cualquier zona donde haya glándulas salivares menores.

El labio inferior es más afectado que el superior, ubicándose la lesión preferentemente entre el borde cutáneo mucoso y el fondo vestibular a la altura del canino inferior.

En la lengua puede localizarse en el borde, punta y cara inferior.

Estos quistes se pueden producir lentamente y el enfermo no precisa bien el comienzo; otras veces se producen en pocos días.

Etiología

El mucocele puede producirse por dos caminos distintos. En la mayor parte de los casos, ocurre una ruptura del conducto, permitiendo en esa forma que la secreción se difunda en el parénquima glandular o en el estroma, provocando una reacción granulomatosa. Es el llamado quiste por extravasación. Más raramente se produce la obstrucción del conducto excretor con la consiguiente dilatación del tramo intermedio. Es el llamado quiste por retención. En este último caso hay una limitante epitelial.

La causa desencadenante es por lo general un traumatismo (mordis-



Fig. 1. Mucocele de labio.



Fig. 2. Mucocele de labio.

queo, prótesis, pipa), lo que explica la predominancia de esta lesión en el labio inferior.

En raras ocasiones, una reacción inflamatoria alérgica puede ser la causa.

Histopatología

El mucocele es una cavidad quística llena con un material ligeramente basófilo, rosado claro con tinciones específicas, homogéneo, que no es más que mucus. En el seno de esta sustancia, pueden observarse células degeneradas.

La pared del quiste está formada por lo general, por tejido de granulación, y en algunos casos por epitelio. Otro elemento que se sobreagrega en la lesión, es un infiltardo inflamatorio más o menos abundante, formado por neutrófilos, linfocitos y plasmocitos.

Cabe destacar que dos de los casos registrados en el laboratorio de mucoceles, de localización profunda, presentaban revestimiento epitelial.

Tratamiento

Consiste en la remoción quirúrgica del quiste, con la glándula involucrada.

Describiremos a continuación la técnica que hemos empleado en todos nuestros casos, no habiendo tenido fracasos. (Fig. 3 y 4)

Incisión y resección del quiste. — La incisión la realizamos sobre mucosa sana en la parte bucal del labio, en forma de media luna, con



Fig. 3. Enucleación de un mucocele. Se observa la incisión y descubierta del quiste.



Fig. 4. Enucleación de un mucocele. Sutura.

convexidad hacia el fondo del vestíbulo aunque puede variar de acuerdo al caso. Se separa este colgajo a pedículo anterior descubriendo el quiste.

En todos nuestros casos, en algún momento de la intervención se rompe el quiste, desapareciendo como elemento macroscópico la pared quística, (si se deseara se podría conservar íntegro el quiste disecando a mayor distancia del mismo). La desaparición del quiste no nos preocupa puesto que con esta técnica sacamos toda la capa glandular de la zona donde asienta el mismo, extrayéndose con las glándulas sanas, la membrana quística.

Se realiza la sutura a puntos separados. La reparación se hace sin mayores molestias para el enfermo, restituyéndose los tejidos sin secuelas anatómicas ni funcionales.

RANULAS

Bajo esta denominación se agrupan los quistes mucoides del piso de la boca. Debe su nombre a la semejanza con el vientre de una rana; para otros por semejanza con la ampolla laríngea de este animal en el momento de croar. Las ránulas se producen principalmente a expensas de la glándula sublingual, pero también puede asentarse en glándulas salivares menores, del piso de boca.

Etiología

El origen de estas lesiones es similar al de los mucoceles.

Características clínicas

La ránula puede desarrollarse a cualquier edad. Su comienzo es insidioso, sin dolor. En su crecimiento puede llegar un momento que produce incomodidad para la masticación y la fonación. (Fig. 5)

Al examen, se constata una tumefacción sublingual, redondeada, de color azulado, por adelgazamiento de la mucosa normal, o color normal cuando es chico. La palpación es indolora, constatándose fluctuación o renitencia. La punción demuestra la existencia de un líquido espeso semejante a la clara de huevo.

El quiste se localiza en el espacio sublingual, debajo de la mucosa bucal, encima del milohioideo. Rechaza el Wharton y el nervio lingual hacia adentro, la glándula sublingual hacia abajo y afuera. Puede franquear la línea media. Puede también prolongarse hacia atrás a la región submaxilar, insinuándose entre milohioideo o hiogloso. Otra posibilidad es que pase a esa región a través de los espacios inconstantes situados en la parte anterior y media del músculo milohioideo por donde la glándula sublingual puede emitir un prolongamiento. La ránula se desarrolla entonces en la región submaxilar y se vuelve suprahioidea. La bolsa quística es fina, frágil, adherente a los órganos de la región, vasos, nervio lingual y canal de Wharton.

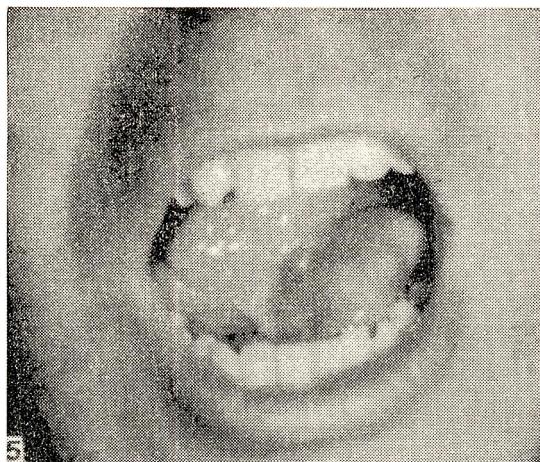


Fig. 5. Voluminosa ránula del piso de boca.

Histopatología

La pared quística está constituida en la mayor parte de los casos por un tejido de granulación. Menos comúnmente puede existir un revestimiento epitelial.

El contenido del quiste es un líquido mucoso (mucicarmín positivo), filante, claro, rico en albúmina y mucina, no conteniendo ni sulfocianuro ni fermentos lo que lo diferencia de la saliva.

Tratamiento

El tratamiento de la ránula es quirúrgico. El abordaje es por vía bucal, excepto cuando el quiste está situado totalmente en la región inframilohipoidea.

Hay 2 técnicas: exceresis total o marsupialización.

La elección de la anestesia varía en el adulto y en el niño. En el adulto es preferible la anestesia regional al nervio lingual de ambos lados.

Se complementa con fines hemostáticos una infiltración de la mucosa que cubre el quiste. En el niño se da preferencia a la anestesia general, con intubación nasal.

Para tener buena visibilidad de la zona operatoria, se combinan dos procedimientos de acuerdo al momento operatorio. Se pasa un hilo grueso por la punta de la lengua para poder realizar tracción, utilizando además el separador de Farabeuf en ciertos momentos de la intervención.

Técnica de la excisión total. — Se realiza la incisión en la parte superior del quiste, paralela al maxilar. Se separa la mucosa bucal del quiste lo cual no es difícil pues no está muy adherida. Se prosigue

la disección respetando el canal de Wharton y el nervio lingual. Lo habitual, lo mismo que sucede con el mucocele, es que en algún momento de la intervención se rompe la membrana quística, dejando salir un líquido espeso y filante — se separa la membrana quística. En algunos casos sobre todo en recidivas se puede extirpar también la glándula sublingual. Se termina la intervención suturando. En los casos realizados por nosotros con esta técnica, dejamos un drenaje de goma suturado a los labios de la herida, durante siete días. Cuando hay una extensión suprahioidea, la extirpación de la glándula sublingual facilita la eliminación de esta prolongación.

Técnica de la marsupialización. — Es la técnica de elección para muchos autores. Para otros está indicada cuando no es posible la enucleación total o cuando se ha insinuado entre los haces del milohioideo. Se incide la mucosa como para la técnica anterior o se saca una porción de mucosa en gajo de naranja. Se extirpa la parte superior de la bolsa quística. Se sutura la mucosa bucal a los bordes de la pared quística, quedando la cavidad en contacto con el medio bucal. La marsupialización hay que hacerla amplia, para que no se produzca el cierre y la recidiva. Se cauteriza la pared quística con nitrato de plata al 5 %, cloruro de zinc al 10 % o ácido tricloro-acético.

En las ránulas ubicadas en la región suprahioidea el abordaje se realiza por vía cutánea.

IV.— TUMORES

Existe una amplia variedad de tumores, tanto benignos como malignos, que pueden afectar las glándulas salivares menores. Sin embargo su incidencia es relativamente baja, si se los compara con otros tumores de la cavidad bucal. Un hecho importante a señalar, es que un porcentaje alto de esos tumores, son malignos. De allí la importancia de su conocimiento.

Pueden localizarse en cualquier punto de la boca donde existan glándulas salivares menores, pero son más frecuentes en el paladar y secundariamente en la mejilla. Son por lo general de pequeño tamaño y pueden presentarse a cualquier edad.

La mayor parte de ellos tienen origen en el parénquima glandular; otros, en proporción mucho menor, en el estroma.

La clasificación actualmente más aceptada, los agrupa de la siguiente forma:

	<i>Benignos</i>
	Adenoma
	Cistoadenoma papilar linfomatoso
	Adenoma pleomórfico
	<i>Malignos</i>
Epiteliales	Adenocarcinoma. - Carcinoma adenoideo quístico
	Adenocarcinoma pleomórfico
	Carcinoma epidermoide
	Tumor mucoepidermoide
Mesenquimáticos	Hemangioma Linfangioma Schwannoma

ADENOMA PLEOMORFICO

Fueron descritos por primera vez, por Billroth en 1859. Son tumores que despiertan controversia en lo que respecta a su origen, estructura y evolución. Su estudio se realizó fundamentalmente, en el tumor de parótida, por su mayor frecuencia de aparición en esta glándula, por

las dificultades de extirpación en dicha localización y por la eventualidad de su transformación maligna.

En una estadística de 1303 casos dada por Du Plassis y citada por Dechaume encontramos los siguientes porcentajes de acuerdo a las distintas localizaciones.

Localización	Nº de casos	Porcentaje
Parótida	1068	81.9 %
Sublingual	91	6.9 %
Paladar óseo	8	0.6 %
Velo	51	3.9 %
Labios	17	1.3 %
Orofaringe	20	1.5 %
Mejillas	13	0.9 %
Lengua	11	0.8 %
Nasofaringe	5	0.4 %
Piel	4	0.3 %
Submaxilar	3	0.2 %

Estos tumores fueron llamados mixtos, por estar constituidos por elementos epiteliales y mesenquimáticos.

La denominación de tumor mixto consagró un error histopatológico, puesto que actualmente se considera que nacen directamente del epitelio glandular acino canalicular.

Etiología

La complejidad estructural de los adenomas pleomorfos, fué motivo de la aparición de múltiples teorías para explicar su histogénesis, siendo aceptada actualmente casi por unanimidad, su origen en el epitelio glandular.

La iniciación del tumor sería pluricéntrica, y las distintas partes del tumor no se formarían simultáneamente, sino en distintos momentos en el tiempo. La unión de estos focos primitivos formarían la masa del tumor ya desarrollado. Por esta formación pluricéntrica y en distintas épocas se tiende a explicar la tendencia recidivante de estos tumores.

Siendo por lo tanto su origen epitelial, la complejidad estructural sería debida a la variabilidad arquitectural del epitelio y a la actividad secretoria mucinosa de ese tejido. En efecto, el mucus en el estroma conjuntivo daría apariencias confusas, capaces de simular un tejido mixomatoso. Las células epiteliales podrían registrar la evolución de su forma cilíndrica y cúbica hacia formas ovoides, fusiformes, alargadas e inclusive formas estelares, simulando las células mixomatosas.

La apariencia condroide podría producirse por el redondeo del cuerpo celular y retracción del fondo mucinoso.

También hay modificaciones estromáticas originadas por envejeci-

miento del colágeno (esclerosis, hialinización) o de significación distrófica (calcificaciones) y también por metaplasia (aparición real de tejido cartilaginoso).

Finalmente, la presencia de tejido adiposo en el estroma tumoral, no es más que la persistencia del tejido que normalmente se encuentra en el estroma de la glándula.

Características clínicas

El adenoma pleomórfico es por lo general un tumor de crecimiento asintomático, lento, que sólo se hace evidente al paciente cuando adquiere cierto volumen.

Puede aparecer a cualquier edad, siendo la mayor incidencia entre 40 y 60 años.

La localización más común es en el paladar, siguiéndole en orden, mejilla, labio y lengua. (Fig. 6-7)

Ambos sexos son afectados por igual.

No hay otros caracteres clínicos que permitan reconocer más exactamente este tipo de neoplasmas.

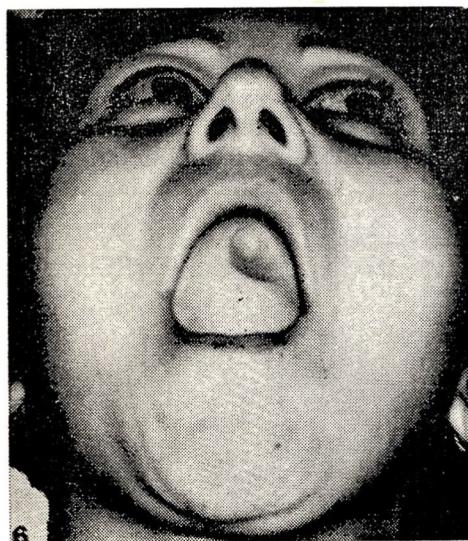


Fig. 6. Adenoma pleomórfico.



Fig. 7. Adenoma pleomórfico.

Histopatología

Estos tumores presentan un gran polimorfismo estructural, participando en su constitución, tejidos ecto y mesodérmicos. (Fig. 8)

El elemento epitelial puede reproducir las diversas formaciones de

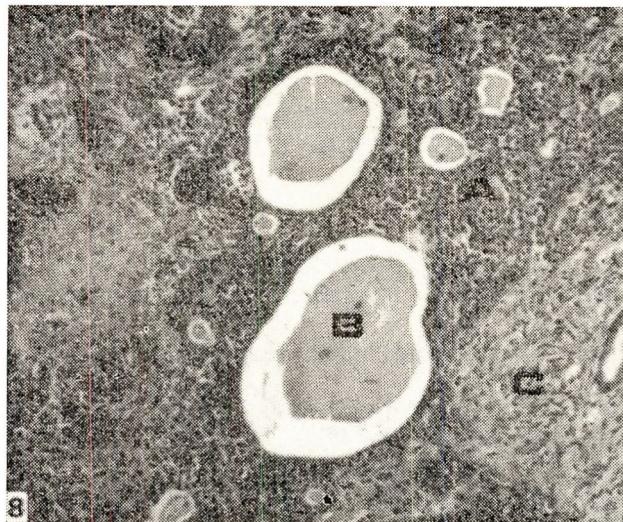


Fig. 8. Histología característica de una adenoma pleomórfico. A) parénquima tumoral. B) sustancia mucoide de aspecto homogéneo, eosinófilo. C) estroma.

una glándula normal, esto es, acinos, y tubos secretores de doble fila de células, cilíndricas o cúbicas. Estas células epiteliales pueden estar agrupadas en forma de tubos, islotes y en masas irregulares, variando esta disposición en los distintos campos del preparado. Puede haber además, metaplasia malpighiana. (Fig. 9)

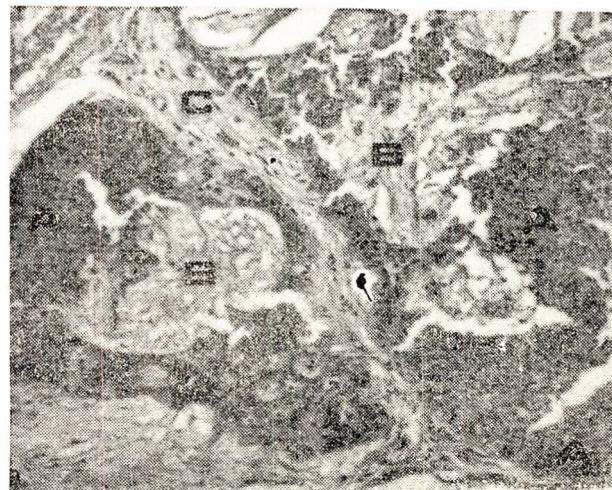


Fig. 9. Adenoma pleomórfico. A) parénquima tumoral con metaplasia malpighiana. B) áreas mixomatosas. C) estroma.

Hay zonas que simulan un cartílago hialino, siendo en realidad un seudocartílago formado por una matriz basófila, homogénea, donde hay células epiteliales dispersas que se han redondeado, asumiendo el aspecto de células cartilaginosas. (Fig. 10)



Fig. 10. Adenoma pleomórfico. A) zona de seudocartílago.

En otras zonas hay áreas de aspecto mixomatoso, donde se observan células epiteliales de aspecto estelar esparcidas sobre abundante sustancia intercelular.

Hay también como ya se ha dicho trastornos de esclerosis, hialinización, calcificación y metaplasia, que conjuntamente con la proliferación de los tejidos propios de la región (tejido adiposo), contribuyen a formar una estructura sumamente compleja en estos tumores. (Fig. 11)

Pronóstico y tratamiento

El pronóstico de los adenomas pleomórficos es relativamente bueno. Existen casos de malignización que serán tratados en el capítulo de tumores malignos.

El porcentaje de recidivas es mucho menor que en las glándulas salivares mayores, especialmente si nos referimos a la parótida, pero es una contingencia que puede ocurrir. Este hecho es explicable por el peculiar carácter de estos tumores que son multifocales con nidos de crecimiento vinculados o no a la masa principal del tumor, dificultando su excéresis.

El tratamiento se verá al final, cuando se explique la terapia general de los tumores de las glándulas salivares menores.



Fig. 11. Adenoma pleomórfico. A) área de tejido adiposo.

ADENOMA

Es un tumor muy raro. Ocurre con mayor frecuencia que en las glándulas mayores.

Se presenta como un nódulo bien circunscripto, pequeño, de consistencia blanda. La afección se presenta por lo general en personas por encima de los 30 años. (Fig. 12)

Microscópicamente es una lesión bien encapsulada, presentando numerosos conductos tapizados por células epiteliales cúbicas o cilíndricas.

El pronóstico es bueno siendo rara la recidiva.

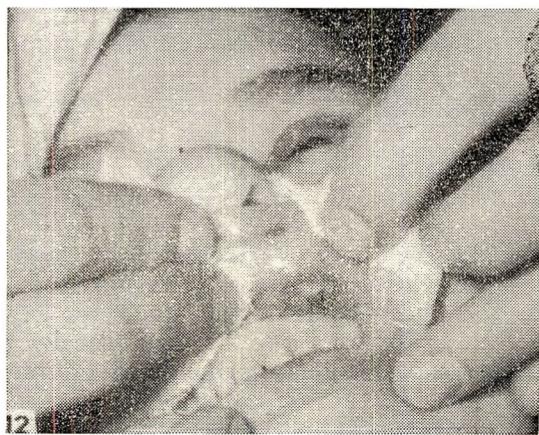


Fig. 12. Adenoma.

CISTOADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO

El cistoadenoma papilar linfomatoso es un adenoma con características estructurales muy particulares que han hecho que se los separe del adenoma simple.

Es un tumor poco frecuente, que afecta las glándulas salivares mayores especialmente parótida, pero que también ha sido descripto en las menores.

Etiología

Ha sido motivo de muchas hipótesis. Hoy es casi universalmente aceptado que derivan de conductos glandulares persistentes en nódulos y ganglios pre e intraglandulares. El tumor se formaría entonces a partir de la proliferación neoplásica de los elementos del conducto y la acumulación concomitante de tejido linfoideo.

Características clínicas

Son tumores blandos, algunas veces fluctuantes, que rara vez exceden los 3 centímetros de diámetro.

Se presentan casi exclusivamente en el sexo masculino. Su crecimiento es lento e indoloro. Ocurren principalmente entre los 50 y 70 años.

Histopatología

El estudio microscópico revela una mezcla de elementos linfoides y tejido glandular, variando la proporción de unos u otros en distintos campos. (Fig. 13)



Fig. 13. Cistoadenoma papilar linfomatoso. Grandes espacios quísticos, claros, eosinófilos, limitados por una doble hilera de células epiteliales (flechas). El tejido linfoide se halla entremezclad con el estroma conjuntivo fibroso.

El tejido linfoide, conjuntamente con escaso tejido conjuntivo fibroso, constituyen el fondo en cuyo seno se ubican estructuras ductiformes de diámetros variables, en las que pueden proliferar vegetaciones papilares. En estos espacios quísticos suele observarse un coágulo eosinófilo.

Estos espacios tubulares y papiloquísticos, están revestidos por una doble capa de células epiteliales eosinófilas; la basal de células cúbicas y la superior por células cilíndricas.

Pronóstico

Son tumores benignos de los que no hay informes de casos de transformación maligna. Con tratamiento adecuado no hay recidivas.

TUMORES MALIGNOS

ADENOCARCINOMA PLEOMORFICO

La experiencia mundial sobre estos tipos de tumores no presenta casuísticas concluyentes. Hay autores que niegan la existencia de estos neoplasmas (afirmación demasiado categórica para ser tomada en cuenta) por el contrario, otros señalan que el porcentaje de malignidad oscila entre 5 y 10 %.

En nuestro medio la experiencia sobre estos blastomas es muy escasa, por lo tanto es aventurado separar netamente los tumores mixtos en benignos y malignos.

Además como lo expresa Casinelli "no debe confundirse recidiva con malignidad; la recidiva puede aparecer en tumores que siendo histológica y biológicamente benignos, son incompletamente extirpados; los restos forman la base para un nuevo desarrollo, y esta regeneración tumoral puede repetirse sin perder la condición local, no agresiva ni metastasiante". Por lo tanto la recidiva de un tumor mixto no implica carácter maligno.

El diagnóstico microscópico es el medio seguro para determinar el carácter de la lesión; sin embargo pueden presentarse casos ambiguos, en que hay algunos caracteres anaplásicos, de interpretación y valoración dudosa. En esos casos el diagnóstico debe ser cauto.

TUMOR MUCOEPIDERMOIDE

Estos tumores se acostumbraba a dividirlos años atrás, en formas benignas y malignas. Con el tiempo pudo comprobarse que lesiones diagnosticadas como benignas, daban metástasis. Por ello es más adecuado el criterio sostenido por Foote y Frazell que consideran a estas lesiones como malignas, estableciendo las categorías de baja, media y alta malignidad. En efecto hay tumores bien circunscriptos y con tendencia a

la encapsulación; mientras que hay otras formas no circunscriptas, infiltrantes y sin cápsulas, es decir con todos los caracteres de un crecimiento maligno.

Etiología

Hay acuerdo general en establecer el origen canalicular de estos neoplasmas.

Características clínicas

Estos tumores son algo más frecuentes en las mujeres, apareciendo en ambos sexos alrededor de los 50 años.

El comportamiento biológico varía de acuerdo al grado de malignidad.

En las formas menos agresivas, el crecimiento es muy lento y prácticamente asintomático. Por el contrario en las lesiones más malignas, el crecimiento es rápido e invasor, siendo el dolor un signo constante y relativamente precoz.

Producen metastasis regionales y más raramente a distancia.

Histopatología

Este tumor está formado por tres tipos diferentes de células, variando la proporción y la disposición de cada una de ellas en los distintos

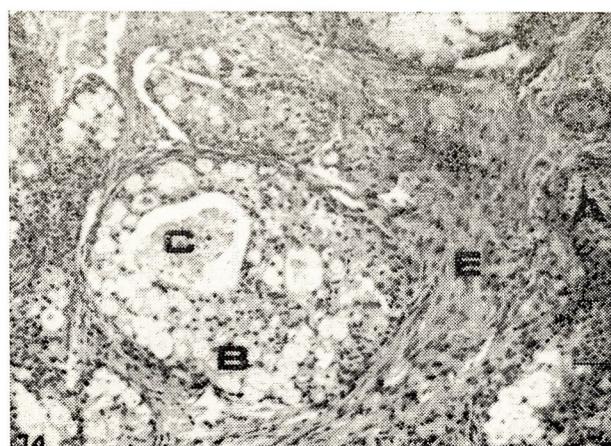


Fig. 14. Tumor mucoepidermoide. A) zona de células epidérmicas. B) zona de células claras. C) espacios quísticos conteniendo mucus; se observa que las células que tapizan esta cavidad son del tipo mucoso.

casos: células mucosas, células epiteliales y células claras también llamadas intermedias. Las células mucosas, son grandes, vacuoladas, con citoplasma claro contenido mucina; las células epiteliales son del tipo malpighiano; las células claras o intermedias, son relativamente grandes, poligonales, con citoplasma vacío. (Fig. 14)

Estas células se disponen en islotes o trabéculas delimitando espacios quísticos de tamaño variable, contenido mucus. En el extroma hay también acúmulos de mucus.

En las formas más malignas hay predominancia de células epiteliales y células claras, estando presente además, grados variables de anaplasia.

Pronóstico

Obviamente depende del grado de malignidad del tumor. En algunas formas menos agresivas, la cirugía con márgenes de seguridad, ofrece perspectivas de curación.

En los casos altamente malignos el pronóstico es sombrío.

CARCINOMA QUISTICO ADENOIDEO (cilindroma)

El carcinoma quístico adenoideo tiene origen en las glándulas salivares mayores y menores. Por su particular comportamiento biológico y por su peculiar estructura, este tumor se ha separado de los adenocarcinomas.

Etiología

Parece ser que estos tumores se originan tanto en los canalículos como en los acinos. Sin embargo como lo expresa Tiecke "no hay pruebas concluyentes al respecto".

Características clínicas

En general, es un tumor de crecimiento lento con poco o ningún signo funcional, evolucionando sin dolor. Se presenta a cualquier edad, pero es más común entre los 50 y 60 años. Se localiza en cualquier zona donde existe glándulas accesorias, pero predomina francamente la localización palatina. En el paladar aparece como una tumoración submucosa, de consistencia más blanda que los tumores mixtos, pudiendo en su evolución ulcerarse. Irrumpe en el hueso maxilar, el cual puede ser infiltrado, provocando movilidad de los dientes o falta de cicatrización cuando estos son extraídos.

Puede invadir espacios masticatorios, istmo de las fauces y base del cráneo. Tiene un crecimiento destructivo local, con tendencia pertinaz a la recidiva y potencialidad metastásica. Las metástasis son tardías, realizándose por vía sanguínea atacando las zonas pleuropulmonares, más raramente óseas. Las metástasis ganglionares son más raras aún.

Histopatología

Son tumores circunscriptos, de cápsula incompleta que infiltran las estructuras vecinas. El aspecto microscópico es característico. El tumor consiste en células epiteliales pequeñas, teñidas oscuramente que recuerdan las células basales de la membrana mucosa. (Fig. 15)

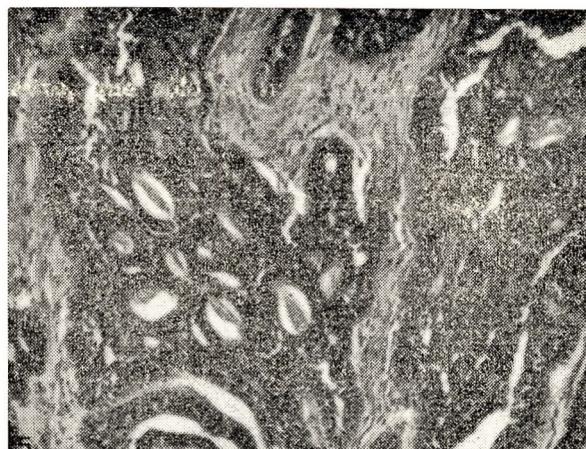


Fig. 15. Carcinoma adenoideo quístico. Pequeñas células epiteliales, hipercromáticas, dispuestas en islotes y túbulos, limitando espacios quísticos llenos de material homogéneo.

Las células se agrupan en cordones sólidos o en masas irregulares, en las que se sitúan numerosas cavidades seudoquísticas, vacías o conteniendo un material homogéneo, mucoso, hialino o mucohialino.

Pronóstico

Es malo, ya que la mayor parte de estos tumores luego del tratamiento, recidivan con una tenacidad desconcertante. Por lo general luego de repetidas recidivas comienzan las metástasis a los pulmones, huesos, vísceras y otras localizaciones.

CARCINOMAS EPIDERMOIDES

Los tumores malignos del tipo canalicular excretor (adenocarcinomas), podrían eventualmente transformarse por metaplasia en variedades del tipo epidermoide. Este hecho es bastante controversial, puesto que las glándulas salivares menores distan pocos milímetros del epitelio malpighiano de la mucosa bucal; por lo tanto la dificultad reside en establecer si el origen es realmente glandular o bien en la mucosa.

Sin embargo hay autores que afirman que es necesario tener en cuenta este origen, pues de esta forma se explicarían fracasos terapéuticos poco comprensibles de otra manera.

TUMORES MESENQUIMATICOS

Existen una serie de tumores mesenquimáticos benignos, derivados del estroma glandular, muy poco frecuentes.

Se citan entre ellos al hemangioma juvenil, schwannoma, lipomas y otros menos frecuentes aún.

Ninguna particularidad presentan estas lesiones, en un todo semejantes a las encontradas en el resto del organismo, por lo que obviaremos su descripción.

—oOo—

Tratamiento

Los métodos utilizados en el tratamiento de estos tumores son: la cirugía, radioterapia y quimioterapia.

Cirugía. — Es el método de elección en casi todos los casos. En las lesiones benignas se realiza una enucleación conservadora siguiendo la línea de clivaje que proporciona la cápsula del tumor.

En algunos casos puede estar indicada la cauterización del lecho operatorio, sobretodo en aquellos casos en que es difícil por el carácter gelatinoso y friable del tumor, saber si la enucleación fué completa.

La cirugía es también en casi todos los casos, el tratamiento de elección de los tumores malignos. En estos casos se realiza con amplios márgenes de seguridad, previendo las posibles recidivas, que como se ha visto constituyen un carácter importante de algunos de estos tumores.

Si los ganglios regionales están involucrados, se realiza su vaciamiento.

Radioterapia. — Se emplea únicamente para el tratamiento de tumores malignos. Por lo general se usa asociada con la cirugía. Una vez que el tumor ha sido enucleado, se irradia la zona con dosis altas de energía radiante con la finalidad de destruir pequeños focos tumorales que hubieran escapado a la resección.

La radioterapia se utiliza también, como terapéutica paliativa.

Quimioterapia. — Puede decirse que en estos tumores, la quimioterapia está en etapa de investigación.

1. **Dechaume, M.** Estomatología. Trad. Toray-Masson S. A. Barcelona 1969.
2. **Bhaskar, S. N.** Synopsis of oral pathology. 2^a edic. The. C. B. Mosby Company. Saint Louis 1965.
3. **Gerry, R. G., Seigman, E. L.** Chronic sialoadenitis and sialography. *Oral Surg.* 8: 453-478; 1955.
4. **Friez, P. Grellet, M.** Inclusions glandulaires salivaires intramaxilares. *Rev. Stomat.* 67: 69-73; 1966.
5. **Cernea, P. Iriperrat B.** Periadenitis du Sutton. *Rev. Stomat.* 67: 271-286; 1966
6. **Ennuyer, A., Bataini, J. A.** Les tumeurs de l'amigdale et region velo-palatine. Masson et Cie. Paris 1956.
7. **Chaudnury, A. P., Vickers, R. A., Gorlin, R. J.** Intraoral salivary gland tumors. An analisis of 1414 cases. *Oral Surg.* 14: 1194-2003; 1961.
8. **Cassinelli, J. F.** Anatomía patológica de los tumores de la parótida. VIII Congreso Uruguayo de Cirugía. Tomo I. Págs. 77-109. Montevideo, 1957.
9. **Eneroeth, C. M., Hjertman, L.** Benign tumours of submandibular gland. *Prac. Oto. Rhino. Laryng.* 29: 166-181; 1967.
10. **Foote, F. W., and Frazell, E. L.** Tumors of the major salivary glands. Sec. IV. Fase. II. Armed forces Institute of Pathology. Washington, D.C. 1954.
11. **Costas, J. B., Alonso, J., Di Piramo, S.** Contribución al estudio de los tumores de las glándulas salivares menores. *Anal. Fac. Odont. Uruguay.* 11: 11-24; 1965.
12. **Wright, N. E.** Mixed tumors of minor salivary glands. *South. Med. J.* 60: 263-268; 1967.
13. **Frable, W. J., and Elzay, R. P.** Tumors of minor salivary glands. a report of 73 cases. *Cancer* 25: 952-941; 1970.
14. **Smith, R. L., Dahlin, D. C., and Waite, D. E.** Mucoepidermoid carcinomas of the jaw bones. *J. Oral. Surg.* 26: 387-393; 1968.
15. **Cahn, L. R., Slaughter, D. P.** Oral Cancer. A monograph for the dentist. American cancer society. Inc. New York 1962.
16. **Work, W. P.** Therapy of salivary gland tumors. *Arch. Otolaryng.* 83: 89-91; 1966.

TRABAJOS PUBLICADOS

- 1 — Tranquilizantes, Sedantes, Analgésicos.
Dra. Aurea Guevara (3^a edición).
- 2 — Patología de los tumores de los maxilares.
Dres. Costas J. B., Di Piramo Sergio, Falconi Luis (2^a edición).
- 3 — Articulación temporo-mandibular humana. (2^a edición)
Dras. M. Caimi de Dizioli, O. González Rovira.
- 4 — Metabolismo fosfo-cálcico. (2^a edición)
Dres. D. Sánchez Casal, E. Bentancor, Dra. S. Bebeacua.
- 5 — Papel de las escuelas de salud pública en la formación del profesional de salud frente a los cambios socio-económicos de América Latina.
Dr. Mario Escalona Reguera.
- 6 — Syllabus de Anatomía Patológica Buco-Dental.
- 7 — Syllabus de Citología (2^a edición).
- 8 — La coagulación en la Hemostasis.
Dr. J. J. Boccardo.
- 9 — Inflamaciones específicas. Su implicancia bucal.
Dr. José B. Costas.
- 10 — Enfermedades de la piel con repercusión bucal.
Dres. Eustaquio Montero y Sergio Di Piramo.
- 11 — Tumores benignos de la cavidad bucal. (Partes blandas). S. Di Piramo, L. Falconi, M. Pérez, N. Delgado.
- 12 — Seno maxilar.
Dres. Jaime Grumberg y Miguel Banchieri.
- 13 — Patología general de los tumores.
Dres. Sergio Di Piramo, José B. Costas.

COMISION DE PUBLICACIONES

Sergio Di Piramo

Luis Falconi

Luis Pequera

Este fascículo se terminó de imprimir el 1º de Junio de 1972 en los talleres gráficos de la calle Presidente Berro 2609, Montevideo.