

Sialometaplasia necrotizante en paladar duro.

Necrotizing sialometaplasia of the hard palate.

Karla Sofia Vera-Díaz,*§ Jairo Pedraza-Jiménez,‡ Beatriz Catalina Aldape-Barrios*

RESUMEN

La sialometaplasia necrotizante es una condición poco común que afecta a las glándulas salivales menores palatinas. Clínicamente es confundida con otras entidades malignas. Se presenta el caso de una mujer de 40 años de edad, con antecedentes de artritis reumatoide, por lo que refiere utilizar por 10 años tocilizumab (Actemra). A la exploración se observan dos aumentos de volumen medial palatino, ulcerado de 10 mm del lado izquierdo, asintomático, con varias semanas de evolución; tras realizar estudios de imagenología y una biopsia incisional se determinó el diagnóstico de sialometaplasia necrotizante. La presentación del caso puede ayudar a los clínicos a considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de lesiones en el paladar; destaca la relevancia de realizar un buen diagnóstico histopatológico para descartar otras patologías, previniendo tratamientos radicales.

Palabras clave: sialometaplasia necrotizante, glándulas salivales, metaplasia.

ABSTRACT

Necrotizing sialometaplasia is a rare condition affecting the palatine minor salivary glands. Clinically, it can be confused with other malignant entities. We present the case of a 40-year-old woman with a history of rheumatoid arthritis who was on Tocilizumab (Actemra) for 10 years. Examination revealed two asymptomatic medial palatal swellings, with a 10-mm ulcer on the left side, with several weeks of evolution. After imaging studies and an incisional biopsy, a diagnosis of necrotizing sialometaplasia was established. This case presentation may help clinicians consider this entity in the differential diagnosis of palatal lesions; it highlights the importance of a good histopathological diagnosis to rule out other entities, preventing radical treatments.

Keywords: necrotizing sialometaplasia, salivary glands, metaplasia.

INTRODUCCIÓN

La sialometaplasia necrotizante, descrita por primera vez en 1973 por Abrams¹ y un año más tarde por Dunlap,² es una condición inflamatoria reactiva, no neoplásica, rara, que afecta a las glándulas salivales palatinas casi exclusivamente.

Inicia con aumento de volumen en el paladar, que puede o no estar asociada a dolor y parestesia; los pacientes refieren «se cayó parte de mi paladar». Dos a tres semanas posteriores a la aparición del crecimiento, se

observa tejido necrótico y una característica úlcera en forma de cráter, que mide entre 1 a 5 cm. Afecta dos veces más a hombres que a mujeres, entre la quinta y sexta década de vida y es raro que haya destrucción del hueso palatino.³

El paladar duro representa 75% de los casos, solo 2/3 de los casos es de forma unilateral y en 1/3 se presentan bilaterales o en la línea media. Sin embargo, se tiene registro en la literatura de casos donde ésta se presentó en las glándulas salivales bucales, en el labio inferior^{4,5} y en la mucosa yugal.⁶

* Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria. Ciudad de México, México.

‡ Cirujano maxilofacial. Hospital Siglo XXI. Ciudad de México, México.

§ ORCID: 0009-0008-5652-8767

Recibido: 19 de junio de 2025. Aceptado: 27 de marzo de 2026.

Citar como: Vera-Díaz KS, Pedraza-Jiménez J, Aldape-Barrios BC. Sialometaplasia necrotizante en paladar duro. Rev ADM. 2026; 83 (3): 178-182. <https://dx.doi.org/10.35366/123433>





Figura 1: Se observan dos aumentos de volumen medial palatino, con una úlcera de 10 mm del lado izquierdo, asintomático, con varias semanas de evolución.
Fuente directa.

La etiopatogenia de esta entidad es desconocida, no obstante, la teoría más aceptada sugiere que se asocia a isquemia, lo que desencadena el infarto de la glándula. Kaplan y colaboradores, en 2012, propusieron la hipótesis de que la etiología de la sialometaplasia necrotizante está relacionada a una trombosis de los vasos adyacentes, sin embargo, esta teoría tiene poco soporte microscópico.⁷

Diversos estudios han observado una correlación entre la sialometaplasia necrotizante y el factor inducible de hipoxia 1 alfa (HIF-1 α).⁸⁻¹⁰

Entre los factores de riesgo descritos se mencionan el bloqueo palatino con anestésico, el fenómeno de Raynaud, la enfermedad de Buerger, bulimia, el consumo excesivo de alcohol y tabaco, el trauma local (prótesis desajustadas), infecciones del tracto respiratorio superior,³ neoplasias adyacentes¹¹ y cirugías previas.

Microscópicamente se observa necrosis acinar sin afectar la arquitectura lobular de las glándulas afectadas, producción de mucina asociada a una respuesta inflamatoria y metaplasia escamosa de los conductos salivales, característico de sialometaplasia necrotizante.³

Sook divide la sialometaplasia necrotizante en dos etapas histopatológicas: una etapa temprana en la que se observa salida de mucina en el tejido intersticial del parénquima glandular y están presentes los contornos fantasmales del acino con preservación de la membrana basal; y una tardía, en la que se observa la metaplasia escamosa de los conductos con atipia, sin pleomorfismo ni mitosis anormales.⁸

Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran el carcinoma de células escamosas, el carcinoma mucoepidermoide y el linfoma.¹² Sin embargo, los estudios de inmunohistoquímica descartan un proceso maligno, ya que la sialometaplasia necrotizante presenta una baja inmunorreactividad a la proteína p53 y Ki-67.^{3,13,14}

Esta condición no requiere tratamiento específico, ya que cicatriza entre cinco a seis semanas.³

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 40 años de edad, quien acude a consulta, con antecedente personal patológico de artritis reumatoide, para lo cual toma tocilizumab (Actemra) desde hace 10 años y que, cabe señalar, no tiene ninguna relación con el padecimiento actual. A la exploración intraoral se observan dos aumentos de volumen en el paladar posterior asintomáticos, de varias semanas de evolución, eritematosos, de consistencia blanda, con una úlcera de 1 cm de diámetro del lado izquierdo (Figura 1).

La paciente acudió con un otorrinolaringólogo quien sugirió el diagnóstico de mucormicosis; posteriormente, fue referida con el cirujano maxilofacial quien sugiere el diagnóstico de un linfoma o de un carcinoma de glándulas salivales.

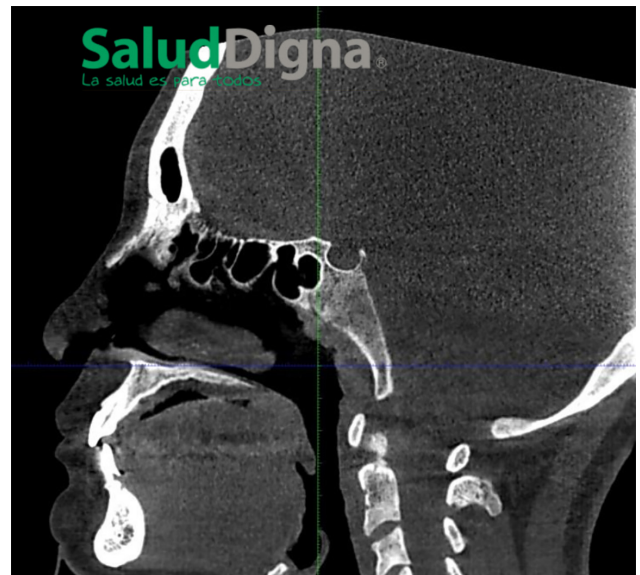


Figura 2: Tomografía computarizada. No se observa que esté afectado el tejido duro.
Fuente directa.

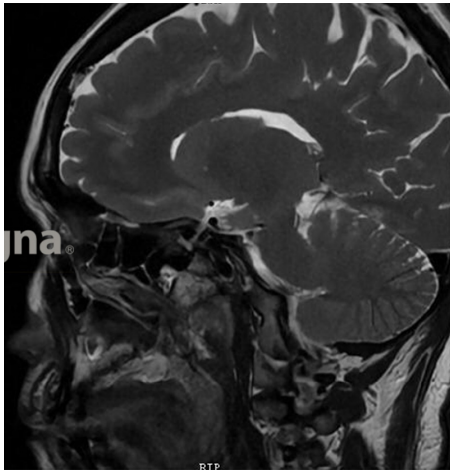


Figura 3: Resonancia magnética. Se observa crecimiento hiperintenso en la zona del paladar duro posterior.

Fuente directa.

Los estudios imagenológicos que se enviaron son tomografía computarizada (*Figura 2*), en la que no se observó erosión del tejido duro, por lo que se le realizó una resonancia magnética, en la que se observa un crecimiento hiperintenso en la zona del paladar duro posterior (*Figura 3*). En la conclusión diagnóstica del segundo estudio, el imagenólogo sugirió como primer diagnóstico diferencial sialometaplasia necrotizante.¹⁵

Con esta sugerencia de diagnóstico se tomó una biopsia incisional, donde se reciben cuatro fragmentos de tejido blando, fijados en formalina, de forma y superficie irregular, consistencia firme, color café y miden en conjunto $1.0 \times 0.7 \times 0.4$ cm (*Figura 4*).

Microscópicamente se observa infiltrado inflamatorio crónico leve difuso, pérdida de la arquitectura glandular, epitelio metaplásico y tejido conectivo fibroso denso y laxo (*Figura 5*).

En la *Figura 6* se observa la evolución de la paciente; posteriormente, se le dio de alta.

DISCUSIÓN

Clínica, imagenológicamente, histopatológicamente y citológicamente la sialometaplasia necrotizante puede parecerse a un proceso maligno, por lo que es importante realizar un buen diagnóstico histopatológico para identificar sus características y evitar la mutilación de los pacientes, ya que esta es una condición que cicatriza por sí misma. Los avances en los estudios de imagenología e inmunohistoquímica son

una herramienta útil para determinar el diagnóstico final acertado.

El trauma local es el principal factor de riesgo que produce isquemia e infarto de las glándulas salivales menores palatinas,¹⁶ el infiltrado de anestésico local con adrenalina en el paladar duro contribuye a la isquemia por la vasoconstricción que se produce por acción del fármaco.¹⁷

La sialometaplasia necrotizante no tiene relación con el medicamento que toma la paciente desde hace 10 años. El tocilizumab (Actemra) es un biofármaco, anticuerpo monoclonal inmunosupresor que actúa sobre la interleucina-6 (IL-6) reduciendo la inflamación, por lo que no se relacionó con la patogenia de la sialometaplasia necrotizante.¹⁸

CONCLUSIONES

La sialometaplasia necrotizante es una condición inflamatoria reactiva, no neoplásica, rara, que puede ser confundida con procesos malignos, pero que tiene un curso benigno y cicatriza por sí misma.

La presentación de este caso clínico destaca la importancia de realizar un diagnóstico histopatológico preciso para evitar tratamientos innecesarios y mutilantes. La biopsia y los estudios de imagenología son herramientas útiles para determinar el diagnóstico final acertado.

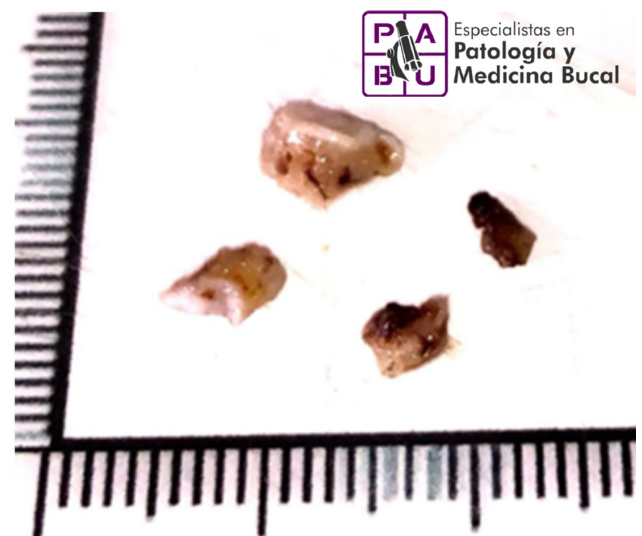


Figura 4: Fragmentos fijados en formalina obtenidos de la biopsia incisional.

Fuente directa.

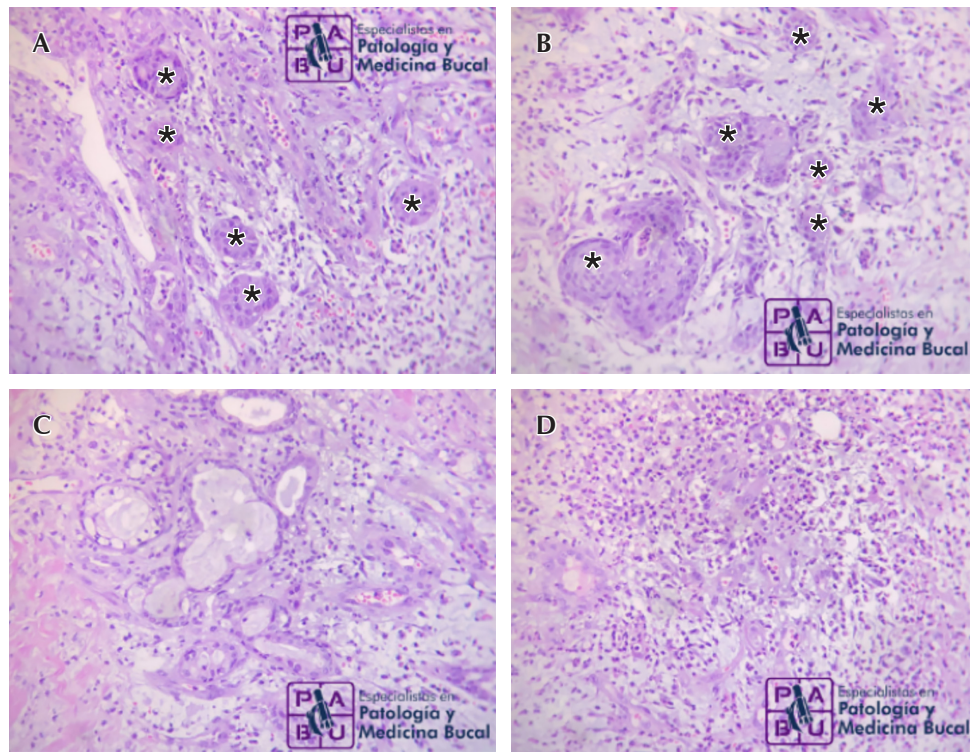


Figura 5:

En la microfotografía (A) y (B) se observan marcadas con un (*) las zonas con metaplasia, características de la sialometaplasia necrotizante. En la microfotografía (C) se observa la pérdida de arquitectura lobular.

En la microfotografía (D) se observa el infiltrado inflamatorio crónico leve difuso. Tinción H&E. Fuente directa.

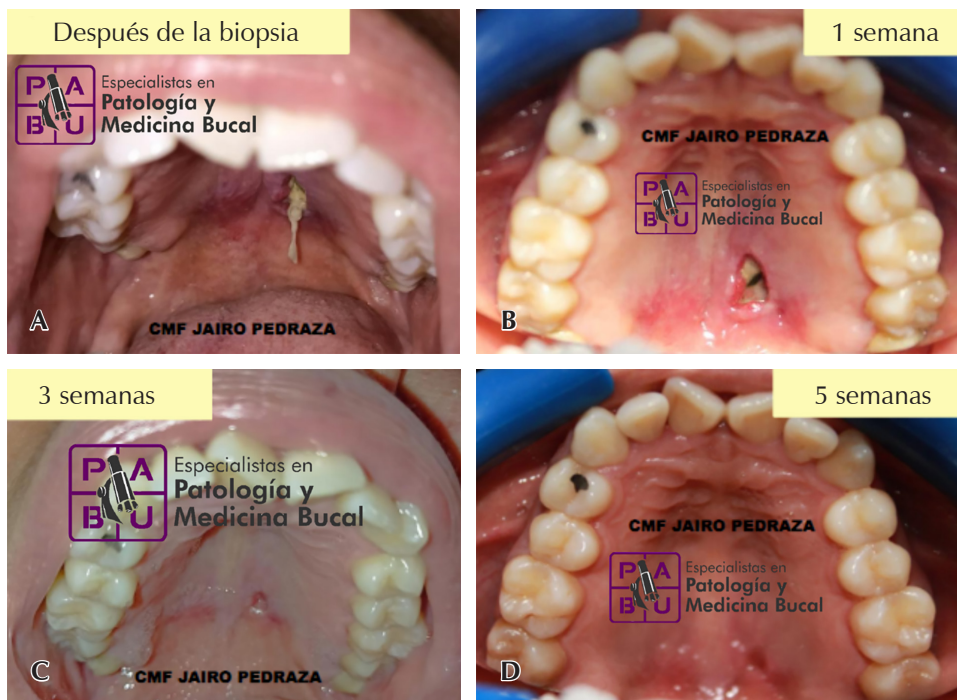


Figura 6:

Evolución de la paciente. Fuente directa.

REFERENCIAS

1. Abrams AM, Melrose RJ, Howell FV. Necrotizing sialometaplasia. A disease simulating malignancy. *Cancer*. 1973 Jul;32(1):130-5. doi: 10.1002/1097-0142(197307)32:1<130::aid-cnrcr2820320118>3.0.co;2-8.
2. Dunlap CL, Barker BF. Necrotizing sialometaplasia. Report of five additional cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1974; 37 (5): 722-727. doi: 10.1016/0030-4220(74)90137-6.
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Oral and maxillofacial pathology*. 5ta Edición. Elsevier; 2023. p. 477-479.
4. Pulse CL, Lebovics RS, Zegarelli DJ. Necrotizing sialometaplasia: report of a case after lower lip mucocoele excision. *J Oral Maxillofac Surg*. 2000; 58 (12): 1419-1421. doi: 10.1053/joms.2000.18280.
5. Demiroz AS, Demirkesen C, Arslan H. Necrotizing sialometaplasia after lower lip wedge resection. *Cumhuriyet Med J*. 2014; 36: 397-399. doi: 10.7197/1305-0028.17133.
6. Leonardi N, Cock DS, Sambuelli G, Cutiérez-Magaldi I, Panico RL. Sialometaplasia necrotizante: presentación de un caso, dificultades de diagnóstico y revisión de la bibliografía. *Methodo Investig Apl Las Cienc Biol*. 2021; 6 (4): 194-198. doi: 10.22529/me.2021.6(4)08.
7. Kaplan I, Alterman M, Kleinman S, Reiser V, Shuster A, Dagan Y et al. The clinical, histologic, and treatment spectrum in necrotizing sialometaplasia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012; 114 (5): 577-585. doi: 10.1016/j.oooo.2012.02.020.
8. Sook-Bin W. *Oral Pathology. A comprehensive atlas and text*. 2da Edición. Elsevier; 2017. p. 304.
9. Allon I, Kaplan I, Allon DM, Vered H, Shlomi B, Hirshberg A. HIF-1 α , VEGF, and EGFR: contributing factors in the pathogenesis of necrotizing sialometaplasia. *Oral Dis*. 2014; 20 (5): 440-445. doi: 10.1111/odi.12149.
10. Yoshimoto S, Yada N, Ishikawa A, Kawano K, Matsuo K, Hiraki A et al. Hypoxia contributes to the early-stage progression of necrotizing sialometaplasia. *Am J Pathol*. 2025; 195 (6): 1074-1084. doi: 10.1016/j.ajpath.2025.01.015.
11. Zhurakivska K, Maiorano E, Nocini R, Mignogna MD, Favia G, Troiano G et al. Necrotizing sialometaplasia can hide the presence of salivary gland tumors: a case series. *Oral Dis*. 2019; 25 (4): 1084-1090. doi: 10.1111/odi.13066.
12. WHO. Head and neck tumours classification. Volume 9. 5th Edition; 2024.
13. Dadfarnia T, Mohammed BS, Eltorky MA. Significance of Ki-67 and p53 immunoexpression in the differential diagnosis of oral necrotizing sialometaplasia and squamous cell carcinoma. *UTMB Health Research Expert Profiles*. Disponible en: <https://researchexperts.utmb.edu/en/publications/significance-of-ki-67-and-p53-immunoexpression-in-the-differentia/fingerprints/>
14. Babichenko II, Rabinovich OF, Ivina AA, Semkin VA. Immunohistochemical diagnosis of necrotizing sialometaplasia. *Stomatologiia (Mosk)*. 2020; 99 (5): 92-95. doi: 10.17116/stomat20209905192.
15. Imbery TA, Edwards PA. Necrotizing sialometaplasia: literature review and case reports. *J Am Dent Assoc*. 1996; 127 (7): 1087-1092.
16. Gatti A, Broccardo E, Poglio G, Benech A. Necrotizing sialometaplasia of the hard palate in a patient treated with topical nonsteroidal anti-inflammatory drug. *Case Rep Dent*. 2016; 2016: 9545861. doi: 10.1155/2016/9545861.
17. Ghali S, Knox KR, Verbesey J, Scarpidis U, Izadi K, Ganchi PA. Effects of lidocaine and epinephrine on cutaneous blood flow. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2008 Oct;61(10):1226-31. doi: 10.1016/j.bjps.2007.09.011.
18. Actemra, Tocilizumab, información para el profesional. Basilea Suiza. 2022. Disponible en: https://assets.roche.com/f/173824/x/83e5fac347/prospecto_actemra_iv_prof.pdf

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Aspectos éticos: no se requirió la aprobación ética, debido a que el estudio es observacional (retrospectivo).

Financiamiento: los autores declaran no haber recibido financiamiento para este trabajo.

Correspondencia:

Karla Sofía Vera-Díaz

E-mail: karly.sofi1919@gmail.com