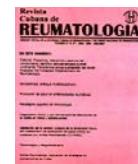


Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen XVII, Número 3; 2015 ISSN: 1817-5996

www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

Estudio biópsico de tumores en glándulas salivares

Biopsy study of salivary gland tumors

Maria Magdalena Rubio Pampín^I, Yasel Hernández Melgarejo^{II}, Luís Manuel Sánchez Camacho^{III}, José Pedro Martínez Larrarte^{IV}

^I Especialista de 1er Grado en Anatomía Patológica. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Docente Clínico Quirúrgico Dr. Miguel Enríquez. Universidad de Ciencias Médica de la Habana, La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral, Residente de 1er año en Anatomía Patológica. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Hermanos Ameijeira. Universidad de Ciencias Médica de la Habana, La Habana, Cuba.

^{III} Licenciado en. Tecnología de la Salud. Hospital Docente Clínico Quirúrgico Dr. Miguel Enríquez. Universidad de Ciencias Médica de la Habana, La Habana, Cuba.

^{IV} MSc' Especialista de 2do Grado en Reumatología. Laboratorio Central de Líquido Cefalorraquídeo. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Miguel Enríquez. Universidad de Ciencias Médica de la Habana, La Habana, Cuba.

RESUMEN

Las neoplasias malignas y benignas de glándulas salivales pueden encontrarse en las glándulas salivales mayores (parótidas, submandibular, sublingual), así como en las innumerables glándulas salivares menores distribuidas por toda la mucosa de la cavidad bucal. Estas neoplasias dan lugar a una amplia variedad de tumores malignos y benignos. Entre el 65 y el 85 % se originan en la parótida y aproximadamente un 15 % son malignos. Nuestra investigación incluyó todos los casos con estudio biópsico de las tumoraciones de glándulas salivares en un periodo de tres años para determinar la incidencia de estos tumores en nuestro medio y sus variedades histopatológicas; su morbilidad representó el 50 % y fueron en su gran mayoría de tipo benigno, nueve de ellos resultaron ser adenoma pleomórfico; el otro 50 % correspondieron a sialoadenitis.

Palabras clave: tumores de glándulas salivares, síndrome de Sjögren, sialoadenitis

ABSTRACT

Estudio biópsico de tumores en glándulas salivares

187

Malignant and benign neoplasms of salivary glands are found in the major salivary glands (parotid, submandibular, sublingual), as well as countless minor salivary glands located throughout the mucosa of the mouth. These malignancies result in a wide variety of malignant and benign tumors. Between 65 and 85 % originating from the parotid and approximately 15 % are malignant. Our research included all cases with biopsy study of salivary gland tumors in a period of three years to determine the incidence of these tumors in our environment and histopathological varieties; morbidity accounted for 50 % and were mostly benign type, nine of them were found to be pleomorphic adenoma; the other 50 % were sialoadenitis.

Keywords: salivary gland tumors, Sjögren's syndrome, sialoadenitis

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades neoplásicas constituyen un proceso patológico que no solo pertenece a la humanidad del presente, sino que aun desde la misma prehistoria ya existían, como ha podido ser observado en restos fósiles de algunos animales que vivieron hace más de 200 000 de años atrás, de igual manera han podido ser observadas en la momias, algunas del 1500 - 3000 a.n.e., mediante métodos radiológicos, que han mostrado signos de lesiones provocadas por tumores malignos de los huesos.¹

Dentro de las neoplasias que afectan al ser humano, la localización en glándulas salivares constituyen un 1- 2 %.

Las neoplasias malignas en estas localizaciones no son frecuentes en la práctica médica diaria, pero llaman la atención que presentan una notable variedad histopatológica, así como dificultades para su tratamiento; un 20 % de ellos presenta una naturaleza maligna y aun los benignos son muy difíciles de extirpar; a excepción de los adenolinfomas suelen presentar recurrencia.²⁻⁵

Diferentes estudios coinciden en que las variedades histopatológicas son muy numerosas y la más frecuente es el adenoma pleomórfico, el cual representa 2/3 del total de neoplasias. El adenolinfoma es el segundo tumor en cuanto a posibilidades de presentación, siendo básicamente un cistoadenoma papilar.⁷⁻¹⁰

Entre las variedades más raras se encuentra el adenoma monomorfo, el tumor mucoepidermoide y el tumor de células acinosas, estos dos últimos son malignos aunque por lo general de bajo grado.¹⁰

El carcinoma adenoideo quístico, es el tumor maligno más frecuente, aunque presenta un crecimiento lento y tarda en presentar metástasis, raras veces o nunca presenta una remisión total.¹¹⁻¹³

Además de las variedades mencionadas, ocasionalmente pueden desarrollarse carcinomas y adenocarcinomas de

células escamosas, linfomas localizados en las glándulas salivares y la variedad maligna del tumor mixto.¹⁴⁻¹⁷

Se realizó el presente estudio para identificar la incidencia y variedad histológica de tumores de glándulas salivares en nuestro medio y su relación con la edad, sexo y localización.

MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de los casos que se biopsiaron por presentar aumento de volumen de las glándulas salivares en un periodo de tres años, estudiando los casos diagnosticados como neoplasias malignas y benignas de glándulas salivares, para determinar las diversas variedades histopatológicas mediante las coloraciones de hematoxilina-eosina, coloraciones especiales como el PAS y mucicarmín y la observación al microscopio óptico.

Los informes de biopsias de los tumores se relacionaron con la edad, sexo, glándulas donde se localizaba el tumor y afecciones asociadas.

Se efectuaron fotomicrografías de algunas de las variedades histopatológicas encontradas y se revisó la literatura a nuestro alcance.

RESULTADOS

Nuestro trabajo nos permitió realizar un estudio histopatológico de los tumores de glándulas salivares que afectaban a la población que atendimos en un periodo de tres años, donde encontramos 13 tumores de 26 biopsias realizadas a pacientes con aumento de volumen en las glándulas salivares, los que representaron el 50 % de los procesos morbosos presentados en estas glándulas; el otro 50 % de estas afecciones correspondió con sialoadenitis la glándula parótida.

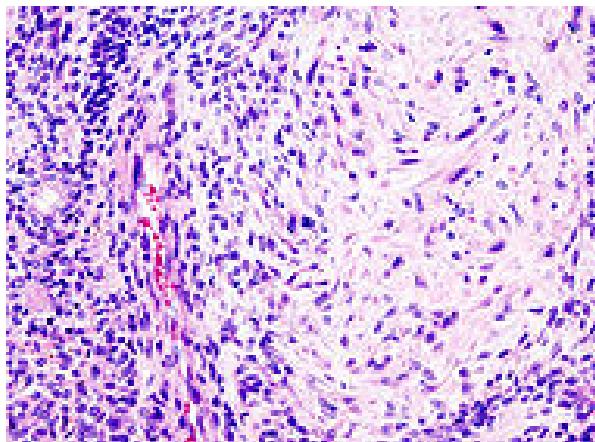
La mayoría de estos tumores fueron benignos, 11 en total, los que representaron el 84.6 %; de ellos, nueve fueron adenomas pleomórfico, [Figura 1] localizándose: seis en las glándulas parótidas, dos en las glándulas submaxilares y uno en una glándula salivar menor.

Encontramos además, un adenoma de variedad mioepitelial con adenitis reactiva asociada en la parótida, y la presencia de un tumor de Warthin o cistoadenoma papilar linfomatoso en una glándula salivar menor. Tabla 1

Tabla 1. Clasificación de los tumores de glándulas salivares según estudio histopatológico

Tumores benignos (11)	Tumores malignos (2)
9 tumores pleomórfico	1 adenocarcinoma
1 tumor de Warthin	mucoepidermoide de bajo grado
1 adenoma mioepitelial con adenitis reactiva asociada	1 linfoma no Hodgkin de bajo grado histológico

Figura 1. Vista microscópica del adenoma pleomórfico.

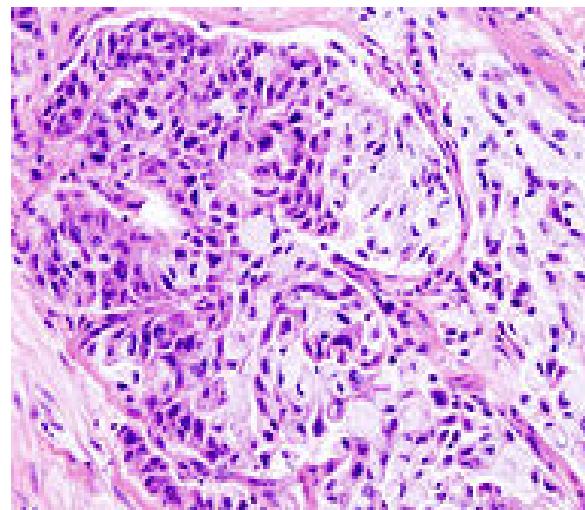


Los tumores primarios malignos que se encontraron fueron dos, constituyendo el 15 % de los tumores de glándulas salivares estudiado. [Tabla 2] Un linfoma no Hodgkin de bajo grado histológico en un paciente masculino de 60 años, y un adenocarcinoma mucoepidermoide de bajo grado. Figura 2

Tabla 2. Localización de los tumores de glándulas salivares estudiados

	Glándula parótida	Glándulas submaxilares	Glándulas salivares menores	Total
Tumores benignos	6 adenoma pleomórfico	2 adenoma pleomórfico	1 adenoma pleomórfico	11
	1 adenoma mioepitelial		1 tumor de Warthin	
Tumores malignos	1 linfoma no Hodgkin		1 adenocarcinoma	2
total	8	2	2	

Figura 2. Vista microscópica de un carcinoma mucoepidermoide



DISCUSIÓN

En los diferentes servicios de la especialidad de máxilo-facial, se atienden regularmente pacientes con afecciones de las glándulas salivares, que comprende tanto la atención médica, como quirúrgica y oncológica.

Las glándulas salivares mayores y menores pueden ser la localización de tumores benignos y malignos; en la literatura, la mayor frecuencia está reportada en las glándulas salivares mayores, los que detectados y tratados tempranamente pueden tener un elevado porcentaje de resolución.³

El resultado obtenido en esta investigación refleja su frecuencia en nuestro medio que atiende una población aproximada de 100 000 habitantes de los municipios adyacentes, el mayor porcentaje relacionados con tumores benignos, se asemejan con resultados de estudio similares en otras zonas de nuestro país y distintas áreas geográficas del mundo.^{3,4,8,13}

La distribución de los nueve adenomas pleomórfico que se encontró en el 69.2 % de las biopsias estudiadas, coincide con la frecuencia de tumores de este tipo reportado por series de pacientes aproximadas a la nuestra.¹²

Esta neoplasia tiene buen pronóstico por su lenta evolución en crecimiento, la ausencia de adenopatías asociadas y dolor. Es la neoplasia benigna que más afecta estos órganos, principalmente a la parótida, donde su elevada frecuencia en el lóbulo superficial, facilita el tratamiento quirúrgico a través de la parotidectomía superficial conservadora; solo el 0.5 % de estos tumores son metacéntricos donde esta indicada la cirugía radical.¹³

La presencia de recidivas tras la parotidectomía superficial se le atribuye a la infiltración del tumor en planos más profundos de la glándula, lo que es menos frecuente cuando se presenta en glándulas salivares, la incidencia en otros reportes apenas llega al 6 %, lo que explica de esta forma nuestro discreto resultado al respecto.¹³

Los otros dos adenomas pleomórfico que se encontraban estaban localizados en las glándulas submaxilares, donde se observan con menor frecuencia que en la parótida pero con más reiteración que en las glándulas salivares menor, otros estudios lo ubican en el 8 % de esta localización.

Desde el punto de vista microscópico se caracteriza por una gran diversidad histológica formada por componentes epiteliales y mioepiteliales que se distribuyen de forma variada en una matriz abundante de tejido de sostén, mucoide, mixoide o condroide, donde puede encontrarse islotes de cartílagos o hueso bien formado, y en ocasiones, células escamosas o epiteliales sebáceas. Esta heterogeneidad dio origen en el pasado a la denominación de tumor mixto de glándulas salivares, pensando que la lesión nacía del primordio epitelial y mesenquimatoso.^{12,13}

Otro tumor encontrado fue un adenoma de variedad mioepitelial con adenitis reactiva asociada. Este es un tumor que se desarrolla en la parótida por lo general después de la sexta década de vida como se presentó en nuestro estudio, en un paciente masculino de 67 años de edad.¹⁴

Es un tumor de similares características al adenoma pleomorfo que algunos autores lo consideran una variedad de este; su principal característica al microscopio es la presencia de células mioepiteliales y representa menos del 1 % del total de los tumores de glándulas salivares.¹⁴

Un dato de interés en nuestro estudio fue el hallazgo de un tumor de Warthin o cistoadenoma papilar linfomatoso en una glándula salivar menor de un paciente masculino. Se considera un tumor benigno, con ocho veces más posibilidades de desarrollarse en personas con el hábito de fumar.

La mayor parte se localizan en una de las parótidas por debajo del ángulo del maxilar inferior. Cuando se desarrolla de forma bilateral, sucede en diferentes momentos entre ambas glándulas. A diferencia del adenoma pleomorfo, la relación entre el sexo masculino y femenino es de 5:1 y su frecuencia es más alta entre la 5ta y 7ma década de vida.¹⁵

Estas neoplasias se originan a partir de tejido salival heterotópico dentro del tejido linfático extrasalival o extraparotídeo, tienen un origen epitelial con algunos

componentes linfoide que no presentan proliferación neoplásica. Son masas de color gris parduzco, duras y encapsuladas, a veces con lóbulos pocos precisos, que en ocasiones contienen hendiduras netamente visibles o espacios quísticos de los cuales escapa un líquido turbio, seroso o espeso. Histológicamente estos espacios se observan estrechados por muchas proyecciones papilares y revestidos de un epitelio de dos capas en el cual las células superficiales son altas y eosinófilas, mientras que las de la capa profunda son poligonales y piramidales.^{15,16}

Los tumores malignos primarios que se encontraron fueron dos. Estos procesos morbosos representan el 15 % de todos los tumores de glándulas salivares. Aunque la mayoría se localiza en las parótidas, cuando se desarrollan en las glándulas sublinguales orientan más a su etiología maligna.

Uno fue un adenocarcinoma mucoepidermoide de bajo grado, el tumor maligno más frecuente de las glándulas salivares mayores representados por el 30 % de todos los carcinomas de esta localización; es el más frecuente en la parótida (65 %) y el segundo en frecuencia tras el carcinoma adenoide quístico a nivel de la glándula submaxilar y de las glándulas salivares menores según la bibliografía revisada.¹⁷

En nuestro caso se localizaba en una glándula salivar menor, de una paciente femenina de 49 años de edad, resultados que clasifican dentro de parámetros referidos para este tumor.

Histológicamente se pueden diferenciar tres grupos, teniendo en cuenta que el grado de diferenciación se correlaciona con la infiltración local, la presencia de metástasis linfáticas regionales y con la supervivencia.¹³⁻¹⁵

Grado I: presentan bajo grado de malignidad y son bien diferenciados. Histológicamente presentan espacios quísticos o glandulares bien formados, sin atipias ni pleomorfismo celular y con pocas mitosis. Suelen infiltrar localmente y son raras las metástasis.

Grado II: presentan grado medio de malignidad y son moderadamente diferenciados. Desde el punto de vista histológico tienden a producir grupos celulares sólidos, con elevado pleomorfismo y mitosis ocasionales. Presentan mayor número de recidivas, ocasionando excepcionalmente metástasis.

Grado III: con alto grado de malignidad y mal diferenciados: Estos tumores presentan mayor grado de pleomorfismo y anaplasia; las formaciones glandulares o quísticas se observan en algunos casos y tienen una elevada tendencia a la recidiva y diseminación metastásica.

El otro caso era un linfoma no Hodgkin de bajo grado histológico, presente en una glándula parótida de un paciente masculino de 60 años de edad.

Estos tumores se desarrollan con un grupo heterogéneo de manifestaciones clínicas, cursos biológicos diferentes y diversas respuestas a los tratamientos, dificultando el pronóstico del enfermo.

Aunque la mayoría se desarrollan a partir de la sexta década de la vida, algunos estudios reportan un 25 % de estos tumores antes de los cuarenta años de edad.^{15,16}

Sus elementos clínicos a la exploración son los de un nódulo pequeño, de consistencia pétrea, crecimiento rápido y escaso desplazamiento por estar adherido a otros planos; la asociación de dolor, parálisis facial, ulceración de piel o mucosa, y la presencia de adenopatías en las cadenas ganglionares regionales, orientan a realizar este diagnóstico.¹⁶

Histológicamente los estudios inmunofenotípicos que utilizan tejido tumoral fijado o fresco muestran que entre el 80 y 85 % de estos tumores surgen a partir de linfocitos B, el 15 % a partir de linfocitos T y menos del 5 % a partir de histiocitos verdaderos (monocitos-macrófagos) o de células nulas indefinidas, además de poderse originar a partir de diferentes fases de la activación y diferenciación linfoide normal.

No obstante, excepto en determinados linfomas de células T, la clasificación inmunológica no desempeña un papel importante en la estrategia terapéutica.¹⁵⁻¹⁷

Nuestro estudio nos mostró que las edades en las que se observaron los tumores de glándulas salivares con mayor frecuencia fue entre 47 y 60 años; con relación al sexo, las estadísticas de otros autores difieren de las nuestras que fue de 1.6/1, mujer: hombre.

Algunos autores plantean mayor frecuencia de estos tumores en individuos con color de piel blanca que en mestizos y negros. En nuestra investigación predominó en pacientes mestizos. Creemos que este parámetro no es confiable para el estudio que realizamos por el alto mestizaje que existe en nuestro país.

CONCLUSIONES

En nuestra casuística encontramos que las neoplasias de glándulas salivares constituyen un 50 % de las afecciones que afectan a estos órganos, el otro 50 % fueron producto de procesos inflamatorios.

Estos procesos neoplásicos fueron 13 en total, 11 de ellos de características benignas, predominando en el sexo femenino a razón de 8: 5, entre los 40 -60 años de edad.

La raza mestiza fue la más afectada, resultado que le atribuimos a las características de nuestra población en general.

La glándula más lesionada fue la parótida, con 8 tumores y el total de las sialoadenitis encontradas, seguida en frecuencia por las glándulas salivares menor y submaxilar con 3 y 2 tumores respectivamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Garcia Gutierrez A. Tumores de glandulas salivares. Revision casuistica del Hospital Docente Calixto García. Rev.Cub.Circ. 1967;6(3):344-6.*
2. *Ackerman Rosai J. Patología Quirúrgica. Tomo I. Tratado de patología quirúrgica. México Ed. McGraw-Hill; 1983.*
3. *Cotran RS, Kumar V, Robbins SL, Schoen FJ. Patología estructural y funcional. México DF: Ed. Interamericana-McGraw-Hill; 1995.*
4. *Hutton R. RS III Recurrent Aphthous Stomatitis. Dermatol Clin. 1987;5:761-67.*
5. *Shah JP, Ihde JK. Salivary Glands Tumors. Curr. Probl Surg. 1990; 27(12): 779 -843.*
6. *Ashley DJB. Histological Appearances of Tumor. Third Ed. New York: Ed. Churchill E. & S Livingstone; 1980.*
7. *Thompson AS, Boyant E. Histogenesis of Papillary Cistadenoma lymphomatoso (Warthin's Tumor) of the parotid salivary gland. Amer J. Path. 1970;26:807-11.*
8. *Marnol L. Mired Tumors of the Parotids glands. Oncology. 1971; 25:143-49.*
9. *Echevarria RA. Estructura of the acinic cell carcinoma and clear cell carcinoma of the parotid gland. Cancer. 1963;20: 563-68.*
10. *Aguirre V. Tumores poco frecuentes de la glandula parótida. Rve. Clin. Asp. 1964;93(2):99-106.*
11. *Cohen RJ, Goldberg RD, Verhaart MJ, Cohen M. Adenoid cyst-like carcinoma of the prostate gland. Archives of pathology & laboratory medicine, 1993;117(8):799-801.*
12. *Pomatto E. Tumori benigni di origine epiteliale dalle glandule salivari esperienza e casistica personale. Minerva Chir. 2004; 48(8):409-13.*

-
13. Ben CR. Quantitative Pathological Study of different types of adenoid cystic carcinoma. *Chinese journal of stomatology*. 2005;27(4):228-30.
 14. Shimono M, Satoh T, Hashimoto S, Inoue T. Freeze-fracture studies of salivary glands. *The Bulletin of Tokyo Dental College*. 2005;33(4):149-70.
 15. Hayes P. Sebaceous variant of mucoepidermoid carcinoma of the salivary gland. A case report with cytohistologic correlation. *Acta Cytol*. 2000;37(2):237-41.
 16. Tran SD. Pleomorphic adenoma. *J. Can Dent Assoc*. 1993;59(3):288-90.
 17. Sachany KE. Extranodal lymphoid disorders. *Am J Clin Pathol*. 2000;99(4):472-85.
-

Los autores refieren no tener conflicto de intereses

Recibido: 6 de mayo de 20125

Aprobado: 30 de julio de 2013

Publicado: 30 de septiembre de 2015

Contacto para la correspondencia: Dra. María Magdalena Rubio Pampín E-mail: pampin@infomed.sld.cu

Hospital Docente Clínico Quirúrgico Dr. Miguel Enríquez. Ramón Pinto No 202. 10 de Octubre. La Habana, Cuba.