



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

---

---

ADENOMA PLEOMORFO:  
ESTUDIO RETROSPECTIVO 10 AÑOS

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ELSA MARIA MANCERA TREJO

DIRECTOR: MTRO. JOSE LUIS TAPIA VAZQUEZ

ASESOR: C.D. DANIEL QUEZADA RIVERA

MEXICO, D. F.

2005

m. 342941

Agradezco a dios y a la virgen de san Juan de los lagos a la vida por haberme permitido concluir uno de mi más anhelado sueño, también agradezco a mis padres por ser ellos la iniciación y la base de mi educación ¡gracias!.

El mayor reconocimiento para el ser que me ha dado la fortaleza de y el valor para llevar acabo cada una de mis metas y sobretodo el coraje para lucha y alcanzar todo lo que yo he deseado, Jesús gracias por ser el gran hombre de mi vida y darme la fuerza para la culminación de este gran paso que por mucho tiempo había postergado. Hoy quiero reconocer en ti la fortaleza, valentía, coraje y sobretodo el amor que tu me haz dado ¡gracias Jesús!

Este trabajo también lleva la esencia y el amor de dos seres que fueron fundamentales para retomar lo que lo en un tiempo quedo estático y que hoy por fin llega a su termino le dedico este trabajo a la memoria de mis hijos Elsa María y Juan Jesús que desde el cielo donde ellos me ven saben que este y todos los esfuerzos que realizo son para gozo de ellos ¡gracias hijos!

El agradecimiento a los maestros doctor José Luis Tapia, Daniel Quezada por su gran paciencia, conocimientos y por su enorme apoyo ¡gracias!

Índice	Página
Introducción	1
Antecedentes	2
Características generales de glándulas salivales	2
Definición	2
Formación de glándulas salivales	2
Glándulas salivales mayores y menores	3
Estructura de glándulas salivales	4
Neoplasias en glándulas salivales	6
Generalidades	6
Etiología e histogenesis	7
Genética	8
Epidemiología y manifestaciones clínicas	8
Clasificación	12
Adenoma pleomorfo (Tumor mixto)	15
Características clínicas	16
Características histopatológicas	18
Inmunohistoquímica	21
Métodos auxiliares de diagnóstico	22
Diagnóstico diferencial clínico	22
Tratamiento y pronóstico	23
Planteamiento del problema	26
Justificación	26
Objetivo general	26

Objetivo específico	26
Tipo de estudio	27
Variable dependiente	27
Variable independiente	27
Criterio de inclusión	27
Materiales	27
Metodología	28
Resultados	29
Tabla	30
Gráficas	31
Discusiones	34
Conclusión	35
Fuentes de información	36

## Introducción

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

En las revisiones que han hecho diversos autores refieren que las neoplasias de las glándulas salivales ocupan del 5% al 6% de las neoplasias de cabeza y cuello. El adenoma pleomorfo (AP) es la neoplasia de las glándulas salivales más común. Aunque principalmente afecta a las glándulas salivales mayores, es común encontrarla en glándulas menores especialmente en paladar y labio superior. Esta lesión tiene cierta predilección por el sexo femenino y ocurren más comúnmente en la cuarta década de la vida.

En este trabajo se revisaron los estudios histopatológicos diagnosticados como adenomas pleomorfos durante el periodo de enero de 1994 a diciembre de 2004 del archivo del laboratorio de patología bucal de la División de Estudios de Postgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM, un total de 44 casos se encontraron y se analizó: frecuencia, localización, edad, género y distribución por años.

## **Antecedentes**

### **Características generales de las glándulas salivales**

#### **Definición**

Las glándulas salivales humanas son exocrinas compuestas y sus conductos se abren hacia la cavidad bucal, existen tres pares de glándulas principales, que se clasifican como glándulas salivares mayores o salivales propias (parótida, submaxilares y las sublinguales) (fig.1). Además hay numerosas glándulas pequeñas ampliamente distribuidas en la mucosa y en la submucosa de la cavidad bucal, que se conocen como glándulas salivales menores. Las glándulas salivales producen saliva, producto secretorio que ayuda a la masticación, la deglución y la digestión. <sup>1</sup>

#### **Formación de glándulas salivales**

Durante el segundo mes de vida intrauterina inicia la formación de las glándulas y se presenta como un espesamiento epitelial en el sitio que luego será la desembocadura del conducto secretor, esta proliferación de células posteriormente se introducen en forma ordenada en el mesénquima subyacente del cual siempre están separadas por una membrana basal; primero la invaginación epitelial es a manera de un tallo, en cuyo extremo se diferencian las células secretoras (acinos glandulares), éstas ya están ubicadas en el sitio que será el definitivo; luego, el tallo se transforma en un tubo por la desaparición por apoptosis de las células centrales y constituir un sistema tubular. El mesénquima que rodea a estas modificaciones epiteliales

se transforma en el estroma de la glándula mientras las células epiteliales constituyen un parénquima.<sup>3 4</sup>

## **Glándulas salivales mayores y menores**

Las glándulas salivales mayores son tres: parótida, submaxilar o submandibular y sublingual.

La parótida es una glándula serosa, es la de mayor tamaño, localizada en la fosa retromandibular cubriendo parcialmente el músculo masetero y envuelta por la una fascia. Su conducto excretor parotideo desemboca a la altura del segundo molar superior. La estructura asociada más importante es el nervio facial que abandona la base del cráneo a través del orificio estilomastoideo penetrando en el parénquima glandular y dividiéndose en varias ramas; la situación del nervio facial determina la cirugía de la glándula parótida. Sus ramas nerviosas que presentan una gran variabilidad anatómica, dividen la glándula en dos lóbulos quirúrgicos (superficial / profundo),<sup>1,2</sup>

Las glándulas submandibulares son seromucosas y se sitúan en el triángulo submandibular, delimitado por los vientres anterior y posterior del músculo digástrico y por el borde inferior de la mandíbula. Su conducto secretor de Warthon desemboca en el piso de la boca, lateral al frenillo lingual. Mantienen una importante relación con el nervio lingual, ya que dicho nervio cruza laterodorsalmente al conducto a nivel del piso de la boca.<sup>3</sup>

Las glándulas sublinguales son mucoserosas y se sitúa lateralmente en el piso de la boca y está cubierto por mucosa bucal, el conducto excretor principal de Bartolin desemboca en la carúncula sublingual muy próximo al conducto de Warthon en las glándulas submandibulares. Existen además

cierto número de conductos excretores accesorios entre los cuales el más importante es el de Rivinus,.<sup>1,3</sup>

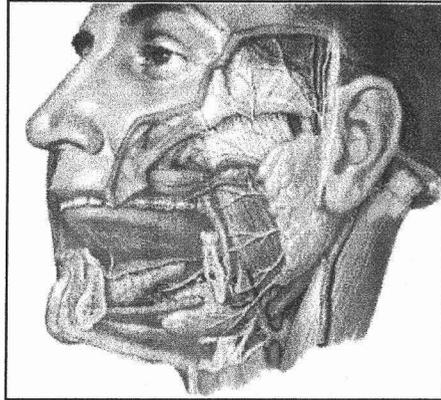


Fig. 1 Relaciones anatómicas de las glándulas salivales.<sup>3</sup>

Las glándulas salivales menores son pequeñas unidades formadas por pequeños grupos de acinos mucosos que se encuentran en la mucosa o submucosa de los diferentes órganos de la cavidad bucal con excepción de las encías y la parte anterior y media del paladar duro.<sup>1,2</sup>

### **Estructura de una glándula**

Las glándulas están envueltas por una condensación de tejido conjuntivo que forma la cápsula del órgano. La glándula está dividida en subdivisiones microscópicamente llamados lóbulos de acinos serosos, mucosos o mixtos (parénquima glandular), merced a tabiques de tejido conjuntivo que parten de la cápsula y forman el estroma de la glándula. Los lóbulos a su vez están divididos por tabiques más delgados en unidades menores llamadas lobulillos. Las glándulas presentan un sistema de conductos que incluye principalmente conductos intercalares, conductos estriados y conducto principal. Otra característica importante es la presencia de células

mioepiteliales que se encuentran en todas las glándulas salivales y se localizan entre las células glandulares y la lámina basal. (fig 2)<sup>5</sup>

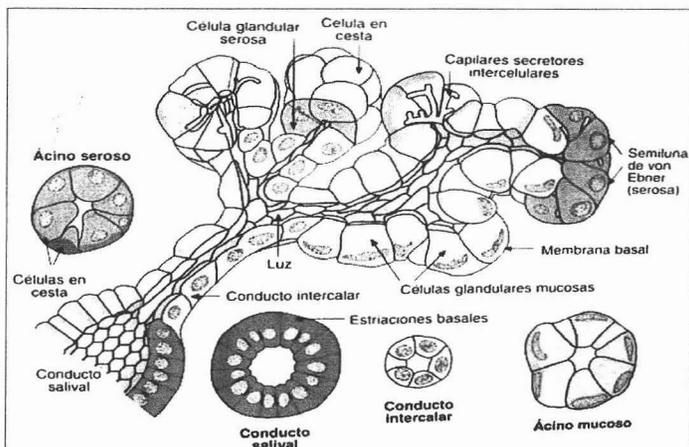


Fig. 2 Dibujo esquemático de las características histológicas de los acinos (terminaciones serosas) y la primera porción del sistema de conductos excretores en glándula salival seromucosa mixta (glándula submaxilar) (según Braus)<sup>5</sup>

Los vasos sanguíneos, los vasos linfáticos y el nervio de la glándula muestran un patrón de distribución semejante al de tejido conjuntivo. La irrigación principal está suplementada por una circulación colateral de vasos pequeños. Las fibras nerviosas terminales se ramifican y sus extremos finales contactan con la superficie de los acinos.<sup>2,5</sup>

# Neoplasias de glándulas salivales

## Generalidades

Las neoplasias de glándulas salivales son poco frecuentes representando el 0.5-1% de todas las neoplasias y constituyen el 3% de las neoplasias que afectan a cabeza y cuello en los adultos, del 85-95% de dichas neoplasias se originan en la parótida (fig. 3), la glándula submandibular y las glándulas salivales menores del paladar (fig. 4), distribuyéndose el resto en el ámbito de otros tejidos salivales dispersos por la cavidad bucal y el aparato respiratorio superior. La mayor parte de las lesiones palpables en las glándulas salivales mayores (parótida, submandibular y sublingual) son neoplasias, siendo malignas aproximadamente 1/6 de la parótida, 1/3 los submandibulares y la mitad de los del paladar.<sup>7,8</sup>

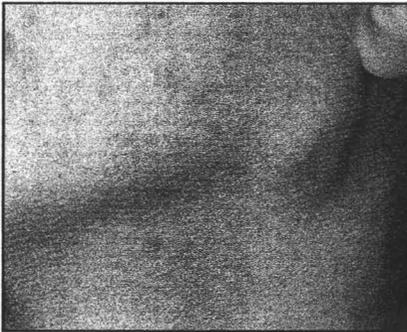


Fig 3 Adenoma pleomorfo en parótida<sup>9</sup>



Fig. 4 Adenoma pleomorfo: en el límite de paladar duro y blando<sup>9</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **Etiología e Histogénesis**

La etiología de las neoplasias de las glándulas salivales es multifactorial aunque se sugieren algunos factores como la radiación, virus y tabaco. En supervivientes de los bombardeos de Hiroshima y Nagasaki y aquellos pacientes que recibieron radioterapia como tratamiento de otras lesiones neoplásicas se ha reportado que presentan una elevada incidencia de estas neoplasias, lo cual hace presuponer que la radiación externa puede constituir un factor predisponente. El virus del Epstein-Barr ha sido asociado en la etiología de algunos carcinomas con proliferación linfoide. El tabaco ha sido reportado asociado al tumor de Warthin.<sup>11</sup>

La mayor parte de las neoplasias presentan una estirpe epitelial, demostrado mediante el cultivo de células tumorales. Las células estromales constituyen otra fuente tumoral, con gran importancia en la infancia donde suponen el 50% de los tumores, descendiendo hasta un 5% en los adultos.<sup>11</sup>

Las histogénesis de las neoplasias de glándulas salivales han sido polémicos. Algunos sugieren células acinares, ya que éstos pueden tener la función o capacidad regeneradora. Otros sin embargo, proponen un tallo o células de reserva en el método de conducto salival. La complejidad de neoplasias de glándulas salivales es atribuible en parte al hecho de que en la mayoría de los ejemplos presentan más de un tipo de células que están involucradas; éstas podrían ser acinar, laminal, mioepitelial, basal o escamoso; añadiendo a esta diversidad de células los productos de secreción extracelular, son otros componentes que se presentan en muchas neoplasias; estos productos incluyen lámina fundamental, fibras de colágeno, fibras elásticas, y glicosaminoglicanos, es creído que estas sustancias son segregadas por las células mioepiteliales probablemente de neoplasias.<sup>12</sup>

## Genética

Ciertas anomalías genéticas han sido reportadas en algunas neoplasias de glándulas salivales, por ejemplo en el síndrome autosómico dominante llamado síndrome de Turban (Brooked-Spiegler) con una alteración localizada en un gen supresor del cromosoma 16q12-q13, este síndrome presenta numerosos cilindromas, tricoepiteliomas, espiradenomas ecrinos con ocasionales adenomas de células basales. Otras neoplasias de glándulas salivales que se han reportado con un patrón familiar son adenoma pleomorfo, tumor de Warthin y carcinoma linfoepitelial. Los otros tumores salivales conocidos que son un acontecimiento familiar incluyen adenoma pleomorfo, carcinoma de células acinares, tumor de Warthin y carcinoma linfoepitelial.<sup>10</sup>

## Epidemiología y Manifestaciones clínicas

Las neoplasias de glándula salival pueden involucrar glándulas mayores o menores, afectando principalmente la parótida; en orden de frecuencia, la glándula parótida es afectada en un 80% seguido de la glándula submandibular 10% y el restante entre la glándula sublingual y glándulas salivales menores.<sup>6</sup>

Las neoplasias de origen benigno son más frecuentes que las de origen maligno, constituyendo los benignos 80% de las neoplasias en parótida, en el caso de las submaxilares 65% y el 50% de las que afectan las glándulas salivales menores. Sin embargo a nivel de la glándula sublingual, el 60-70% de las lesiones que se encuentran son del tipo maligno.<sup>13</sup> En glándula salivales menores, sin embargo, la proporción benigno-maligna es más cercana 1:1.<sup>14</sup>

Las lesiones benignas son más frecuentes en mujeres, sin embargo, las de tipo maligno presentan igual incidencia en ambos sexos. <sup>13</sup>La edad más frecuente de presentación es entre la 3a y la 4a década de la vida, las lesiones de tipo benigno aparecen con mayor frecuencia en la 3a década, mientras que las malignas aumentan progresivamente con la edad. <sup>6,8</sup> En la infancia son muy infrecuentes, presentando menos del 5% de la totalidad de neoplasias en menores de 15 años, siendo la mayoría benignos. <sup>7,12</sup>

Histológicamente la neoplasia más frecuente es el adenoma pleomorfo (tumor mixto), mientras que de los malignos es el carcinoma mucoepidermoide. <sup>3</sup>

El adenoma pleomorfo es la neoplasia más común tanto en glándulas salivales mayores como en menores. Oncocitomas, los carcinomas de células acinares, y las neoplasias sebáceas tienen una predilección fuerte por las glándulas mayores, pero el adenocarcinoma de bajo grado de malignidad tiene una predilección notable por glándulas menores. Mientras la mayoría de las neoplasias intraorales de glándula salivales favorecen el paladar, el adenoma canalicular favorece el labio superior. <sup>6,15</sup>

Las neoplasias benignas comúnmente se presentan como nódulos asintomáticos de lento crecimiento, bien delimitados que rara vez se ulceran, mientras las lesiones malignas se presentan como aumentos de volumen asintomáticos de rápido crecimiento en fases iniciales que posteriormente se ulceran y pueden provocar parálisis facial, invaden tejidos adyacentes y provocan metástasis. <sup>7</sup>

La mayor parte de las neoplasias parotideas se encuentran en el lóbulo superficial, fundamentalmente en el polo inferior, de tal manera que la presencia de una masa palpable anterior al lóbulo de la oreja o que lo haga

prominente, se considera como una posible neoplasia de glándulas salivales.<sup>8</sup>

Además las neoplasias salivales tienen un comportamiento biológico particularmente variado, de modo que junto a neoplasias totalmente benignas encontramos otras muy malignas y agresivas, y de otra malignidad variable o intermedia e incluso tumores que pueden transformarse de benignos a malignos “la neoplasia salival es un tumor en el que las variantes benignas son menos benignas que los tumores benignos habituales y las malignas menos malignas que los tumores malignos habituales.”<sup>11</sup>

En general las neoplasias de glándulas salivales se consideran neoplasias únicas y unilaterales, aunque pueden aparecer lesiones bilaterales o múltiples como el adenolinfoma o tumor warthin (predilección por el sexo masculino) y de un modo más raro el adenoma pleomorfo y carcinoma de células acinares.<sup>12</sup>

Las siguientes son algunas características que pueden ser consideradas para ayudar a determinar si la lesión posiblemente es benigna o maligna.<sup>7</sup>

	<b>Benigno</b>	<b>Maligno</b>
Duración	Larga	Breve
Crecimiento	Lento	Rápido
Tamaño	Grande	Más pequeña
Dolor	Ausente	Presente
Parálisis facial	Ausente	Presente
Consistencia	Gromosa	Pétrea
Adherencias	Móviles	Fijas
Adenopatías	Ausentes	Presentes

En el interrogatorio se debe de preguntar el tiempo de evolución de la lesión, antecedentes traumáticos, infecciones (parotiditis) dolor en reposo y dificultad para abrir y cerrar la boca. A pesar de presentarse en su mayoría en una forma asintomática las neoplasias de glándulas menores pueden provocar síntomas faríngeos o laringofaríngeos. Aquellos de la glándula parótida que afectan al lóbulo profundo puede alterar la deglución o incluso el habla. La presencia de dolor se aprecia con mucha mayor frecuencia en los de extirpe maligna, llegando a duplicar el porcentaje de mortalidad, aunque es posible que algunos benignos del lóbulo profundo que afectan a la región mastoidea. Si el dolor se le asocia a trismus puede llevar a la confusión con una disfunción dolorosa de la articulación temporo-mandibular. La presencia de parálisis facial (característica de neoplasias muy agresivas).<sup>3</sup> Así mismo a presencia de un rápido crecimiento en una neoplasia benigna deberá hacernos pensar en una posible transformación maligna.<sup>16</sup>

Las neoplasias que ocurren dentro de las glándulas salivales son predominantemente de origen epitelial. Sin embargo, debe ser apreciado que la neoplasia no epitelial también puede estar dentro de la glándula que no es en realidad de glándula salival sino de origen ductal. La mayoría de estos son encontrados en la glándula parótida. Entre las neoplasias benignas más comunes es el hemangioma, que ocurre con más frecuencia en la glándula parótida en niños. Lipomas y tumores neurogenéticos también pueden ser vistos. Hodgkin y linfomas non- hodgkin y sarcoma de tejido blando, más de vez en cuando, podrían desarrollarse. Neoplasias de metástasis como carcinoma de células renal y melanoma también podrían existir.<sup>6</sup>

# Clasificación

Varias clasificaciones de las neoplasias de glándulas salivales se han publicado durante las últimas décadas y con la ayuda de la inmunohistoquímica, citofotometría, hibridación in situ, PCR y cultivo de tejidos, se han agregado nuevas entidades y reclasificado algunas neoplasias. Las dos siguientes clasificaciones son las últimas que han sido publicadas y fueron en 1991 por la OMS y 1996 por la AFIP.<sup>17,18</sup>

## **Clasificación de las neoplasias de glándulas salivales por la Organización Mundial de la Salud (1991)**

---

### **Adenomas**

- Adenoma pleomorfo
- Mioepitelioma (Adenoma mioepitelial)
- Adenoma de células basales
- Tumor de Warthin (Adenolinfoma)
- Oncocitoma (Adenoma oncocítico)
- Adenoma canalicular
- Adenoma sebáceo
- Papilomas ductales
  - o – Papiloma ductal invertido
  - o – Papiloma intraductal
  - o – Sialoadenoma papilífero
- Cistadenoma
  - o – Cistadenoma papilar
  - o – Cistadenoma mucinoso

### **Neoplasias malignas epiteliales**

- Carcinoma de células acinares
- Carcinoma mucoepidermoide

- Carcinoma adenoideo quístico
- Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado (Adenocarcinoma del conducto terminal)
- Carcinoma epitelial – mioepitelial
- Adenocarcinoma de células basales
- Carcinoma sebáceo
- Cistaadenocarcinoma papilar
- Adenocarcinoma mucinoso
- Carcinoma oncocítico
- Carcinoma del conducto salival
- Adenocarcinoma
- Mioepitelioma maligno (Carcinoma mioepitelial)
- Carcinoma en Adenoma pleomorfo (Tumor mixto maligno)
- Carcinoma de células escamosas
- Carcinoma de células pequeñas
- Carcinoma indiferenciado
- Otros carcinomas

### **Tumores no epiteliales**

#### **Linfomas malignos**

#### **Tumores secundarios**

#### **Tumores no clasificables**

#### **Lesiones parecidas a tumores**

- Sialoadenosis
- Oncocitosis
- Sialometaplasia necrotizante (Infarto de la glándula salival)
- Lesión mioepitelial benigna
- Quistes de las glándulas salivales
- Sialoadenitis crónica esclerósante (Tumor de Küttner)
- Hiperplasia quística en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida

## **Clasificación de las neoplasias de glándulas salivales por Ellis y Auclair (1996)**

---

### **Neoplasias benignas epiteliales**

- Tumor mixto (Adenoma pleomorfo)
- Mioepitelioma
- Tumor de Warthin
- Adenoma de células basales
- Adenoma canalicular
- Oncocitoma
- Cystadenoma
- Papilomas ductales
  - o - Sialoadenoma papilífero
  - o - Papiloma ductal invertido
  - o - Papiloma intraductal
- Linfadenomas y Adenomas sebáceos
- Sialoblastoma

### **Neoplasias malignas epiteliales**

- Carcinoma mucoepidermoide
- Adenocarcinoma
- Adenocarcinoma de células acinares
- Carcinoma adenoideo quístico
- Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado
- Tumores mixtos malignos
  - o - Carcinoma ex adenoma pleomorfo
  - o - Carcinosarcoma
  - o - Adenoma pleomorfo metastásico
- Carcinoma de células escamosas
- Adenocarcinoma de células basales
- Carcinoma epitelial - mioepitelial
- Adenocarcinoma de células claras

- Cistaadenocarcinoma
- Carcinomas indiferenciados
  - Carcinoma de células pequeñas indiferenciado
    - o - Carcinoma de células grandes indiferenciado
    - o - Carcinoma linfoepitelial
- Carcinoma oncocítico
- Carcinoma del conducto salival
- Adenocarcinoma sebáceo y linfadenocarcinoma
- Carcinoma mioepitelial
- Carcinoma adenoescamoso
- Adenocarcinoma mucinoso

### **Neoplasias de tejido conectivo**

- Benignas
- Sarcomas

### **Linfomas**

### **Tumores metastásico**

### **Condiciones no neoplásicas semejantes a un tumor**

---

## **Adenoma Pleomorfo (Tumor Mixto)**

El adenoma pleomorfo o tumor mixto, es el tumor más común de las glándulas salivales mayores y menores.<sup>7</sup>

Ambas designaciones, tumor mixto o adenoma pleomorfo, son ampliamente usados hoy en día y la lesión sobre el término a utilizar es personal. La literatura actual sugiere que el uso de tumor mixto, es más común en los Estados Unidos, mientras que patólogos en Europa, Canadá y Asia están a favor de la terminación adenoma pleomorfo.<sup>13</sup>

- Cistaadenocarcinoma
- Carcinomas indiferenciados
  - Carcinoma de células pequeñas indiferenciado
    - o - Carcinoma de células grandes indiferenciado
    - o - Carcinoma linfoepitelial
- Carcinoma oncocítico
- Carcinoma del conducto salival
- Adenocarcinoma sebáceo y linfadenocarcinoma
- Carcinoma mioepitelial
- Carcinoma adenoescamoso
- Adenocarcinoma mucinoso

### **Neoplasias de tejido conectivo**

- Benignas
- Sarcomas

### **Linfomas**

### **Tumores metastásico**

### **Condiciones no neoplásicas semejantes a un tumor**

---

## **Adenoma Pleomorfo (Tumor Mixto)**

El adenoma pleomorfo o tumor mixto, es el tumor más común de las glándulas salivales mayores y menores.<sup>7</sup>

Ambas designaciones, tumor mixto o adenoma pleomorfo, son ampliamente usados hoy en día y la lesión sobre el término a utilizar es personal. La literatura actual sugiere que el uso de tumor mixto, es más común en los Estados Unidos, mientras que patólogos en Europa, Canadá y Asia están a favor de la terminación adenoma pleomorfo.<sup>13</sup>

Se debe de enfatizar el actual uso del término de tumor mixto de las glándulas salivales, es usado simplemente como un término descriptivo para una neoplasia que muestra características mezcladas de epitelio y tejido conectivo, pero hay un acuerdo mundial en que los tumores mixtos son de origen epitelial.<sup>20</sup>

Aparentemente, el término adenoma pleomorfo, fue primeramente sugerido por Williams, este término evita confusiones con tumores que aparecen en otras partes del cuerpo que son compuestos por más de un tipo de tejido y son igualmente llamados tumores mixtos.<sup>13</sup>

## **Características Clínicas**

Los adenomas pleomorfos surgen a cualquier edad y muestran ligera predilección por las mujeres y tienen mayor prevalencia del cuarto al sexto decenio de la vida (40 años).<sup>7</sup>

Ochenta por ciento de los tumores que existen en la glándula parótida son benignos; de éstos, 75 % son adenomas pleomorfos. El adenoma pleomorfo intrabucal es algo común y representa aproximadamente 45 % de todas las neoplasias de glándulas salivales menores, el sitio de predilección es el paladar, labio y mucosa bucal; por lo demás, el adenoma pleomorfo puede ocurrir en cualquier ubicación donde las glándulas salivales menores existen,

Las dos presentaciones clínicas más comunes son una masa móvil y firme, sin dolor en el lóbulo superficial de la glándula parótida o una masa firme sin dolor en la mucosa del paladar (fig. 5 y 6). Al igual que otros tumores benignos, el adenoma pleomorfo es de crecimiento lento. En la glándula parótida si el tumor tiene mucho tiempo de evolución se hacen lobulados o multilobulados, característica compartida con las neoplasias recidivantes tras

una extirpación quirúrgica incompleta. En glándulas menores bucales la presentación más frecuente es una tumefacción blanda o ligeramente indurada en el paladar duro o blando con ulceración o telangiectasia de la mucosa que los recubre. Aunque es raro, algunos adenomas pleomorfos palatinos se ulceran. En la mucosa bucal y labial, los adenomas pleomorfos son encapsulados, bien delimitados y desplazables a la palpación. La mucosa que los recubre se halla generalmente intacta.<sup>6,7</sup>



Fig. 5 adenoma pleomorfo en parótida<sup>20</sup>

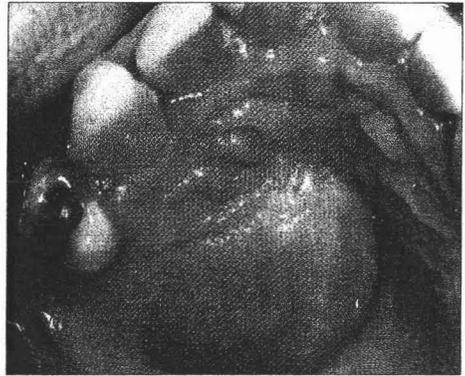


Fig. 6 adenoma pleomorfo en paladar<sup>20</sup>

El tamaño de los tumores varía desde unos cuantos milímetros hasta varios centímetros de diámetro y alcanzan proporciones gigantescas en las glándulas salivales mayores, en particular la parótida.<sup>7</sup>

La resonancia magnética nuclear (RMN) (fig.7) es una técnica diagnóstica fiable para determinar la extensión de la enfermedad, especialmente en las glándulas salivales mayores. La señal es intensa probablemente debido a la cantidad de estroma mixioide de las neoplasias. Los adenomas pleomorfos presentan imágenes esféricas bien delimitadas o masas multinodulares.<sup>8</sup>

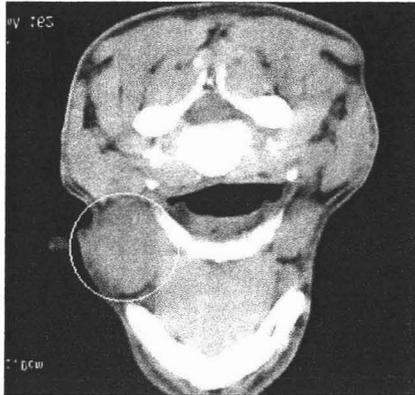


fig 7 Adenoma pleomorfo en parótida resonancia magnética nuclear<sup>3</sup>

Los adenomas pleomorfos mixtos asociados sincronómicamente y metacrónicamente con otras neoplasias de glándulas salivales son descritas en el archivo de la afip. La combinación más común es un tumor mixto al tumor de warthin, pero carcinoma mucoepidermoide, el adenocarcinoma cístico y células acinares de carcinoma han aparecido también en combinación de adenoma pleomorfo.<sup>13</sup>

## Características Histopatológicas

En el examen microscópico, los adenomas pleomorfos muestran una amplia gama de características histológicas. Las variaciones histológicas dentro de una misma lesión y entre diferentes adenomas pueden ser importantes. El hallazgo más constante en el adenoma pleomorfo es la presencia de una cápsula fibrosa (fig 8), se trata de un rasgo histológico extraordinariamente importante para distinguir entre neoplasias salivales benignas y malignas, algunas lesiones de larga duración pueden ser multinodulares o multifocales; cada nódulo o foco esta envuelto por su propia capa fibrosa.<sup>20</sup>

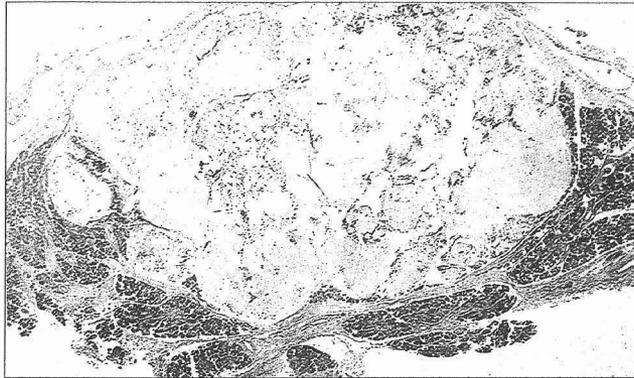


Fig. 8 adenoma pleomorfo cápsula bien definida<sup>9</sup>

Aunque las células tumorales pueden variar ampliamente, existen generalmente dos patrones de diferenciación predominantes: ductales y mioepiteliales. Muchos adenomas pleomorfos concentran capas difusas (patrón nodular) de células epiteliales monomorfas; Otros presentan cordones entrelazados (patrón trabecular). Casi todos poseen elementos<sup>6</sup> tubulo-ductales (fig. 9). A la complejidad histológica se añaden mezclas estromales de tejido mixoide (fig. 10), condroide hialino (fig. 11) y raras veces tejido adiposo y óseo. Raramente se observa diferenciación epidermoide con producto de queratina y glándulas sebáceas.<sup>8</sup>



Fig 9 adenoma pleomorfo formación tubulo ductales<sup>20</sup>

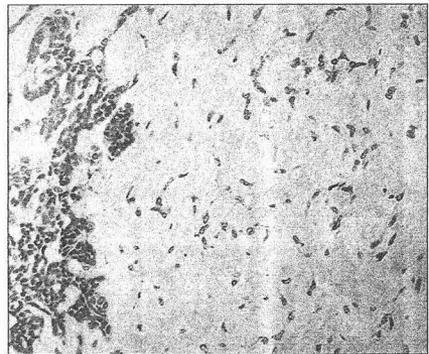


Fig 10 patrón mixoide en adenoma pleomorfo<sup>20</sup>

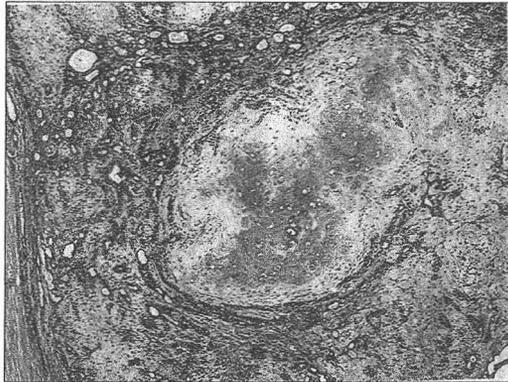


Fig 11 tejido condroide en adenoma pleomorfo

Las células mioepiteliales pueden ser de dos tipos morfológicos: células plasmocitoides (fig. 7) y células fusiformes. Las primeras tienden con frecuencia a agregarse a las segundas, son propensas a presentarse en disposiciones paralelas.<sup>7</sup>

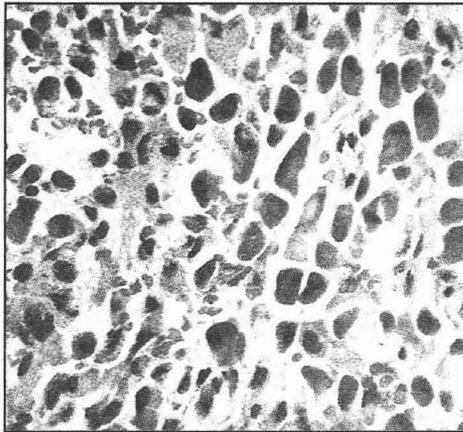


Fig. 7 adenoma pleomorfo células mioepiteliales plasmocitoides<sup>9</sup>

El examen de la pseudocapsula, cápsula o de tejido conectivo que rodean al tumor puede revelar islotes de tejido en su interior, a veces extendidos en la misma, estos islotes tienen aspecto de nódulos satelitales alejados a una distancia variable de la masa tumoral principal, los cortes en serie

misma, estos islotes tienen aspecto de nódulos satelitales alejados a una distancia variable de la masa tumoral principal, los cortes en serie demuestran por lo regular que estos satélites son en realidad prolongaciones hacia el exterior o pseudópodos continuos con la masa principal de la neoplasia, esto origina la multinodularidad observada a veces en estos tumores. Si se realiza una enucleación simple del tumor pueden no eliminarse completamente estos focos extracapsulares, provocando recidivas.<sup>6,7</sup>

En menos del 1% de los casos los adenomas pleomorfos sufren transformaciones malignas, especialmente los que han presentado múltiples recidivas. Estas neoplasias se denominan carcinomas sobre adenoma pleomorfo.<sup>5</sup> Las características que sugieren la posibilidad de transformaciones malignas incluyen presencia de áreas focales de necrosis, invasión, mitosis atípica y hialización extensa.<sup>7</sup>

## **Inmunohistoquímica**

Los métodos de inmunohistoquímica han sido extremadamente aplicados en el estudio de neoplasias. Aunque los análisis inmunohistoquímicos no son necesarios o útiles para el diagnóstico de rutina de la mayoría de los adenomas pleomorfos, estos estudios proveen información considerable acerca de la histogénesis de estos tumores, especialmente en el rol de las células mioepiteliales. Las células mioepiteliales son difíciles de identificar en rutina a la luz del microscopio.<sup>19, 20</sup>

La inmunohistoquímica ha sido muy útil en algunas variaciones en diagnósticos de variantes de tumores mixtos, predominantemente donde hay células mioepiteliales plasmocitoides. La naturaleza mioepitelial puede ser sugerida con el uso apropiado de inmunohistoquímicos. Células

mioepiteliales en tumores mixtos han sido mostradas en inmunoreactivos para queratina s-100 proteína de la proteína fibrilar, actina y vitaminas. Por el método de inmunoperoxidante en tejido. Células ductales epiteliales y nidos celulares sólidos con estructuras tubulares en estos tumores han sido fundamentalmente los inmunoreactivos para citoqueratina y reactivo moderado para antígeno de membrana epitelial y antígeno carcinoma embrionario.<sup>3, 19, 20</sup>

## **Métodos Auxiliares de Diagnóstico**

Además de la historia clínica y la exploración física existen numerosas pruebas complementarias que nos ayudaran a enfocar el diagnóstico correcto de un adenoma pleomorfo, tales como econografía, gammagrafía, punciones, centigrafías, sialografías, resonancias magnéticas, tomografía computalizada, sin embargo el diagnóstico definitivo deberá confirmarse por biopsia.<sup>3</sup>

Para una masa en la glándula parótida, un examen de tomografía (TC) o examen de formación de imágenes por resonancia magnética (RM) son valiosos para confirmar su ubicación en la parótida.<sup>12</sup>

## **Diagnóstico Diferencial Clínico**

El diagnóstico diferencial de una masa firme en la glándula parótida debe incluir un tumor de warthin (cistadenoma papilar linfomatoso), el cual es particularmente más frecuente en los hombres, que se desarrolla de forma preferencial en la glándula parótida. Además, las neoplasias de glándulas salivales que deben ser consideradas malignas incluyen mucoepidermoide, adenocarcinomas de células acinares. Otras neoplasias de glándulas

salivales que pueden ser incluidas en el diagnóstico diferencial incluyen hemangiomas, lipomas y los linfomas dentro de nódulos de parótida. Clínicamente también deben considerarse lesiones de piel como quistes sebáceos que pueden moldear una masa subcutánea en el área dando una impresión de estar ubicados en la glándula parótida.<sup>20</sup>

El diagnóstico diferencial de una masa firme en la mucosa palatina incluye adenoma pleomorfo, adenocarcinoma de bajo grado y carcinoma mucoepidermoide, otro tumor benigno que requiere un poco de consideración es el adenoma canicular pero sólo cuando la lesión se presenta en el labio superior. Además algunas neoplasias de glándulas no salivales pueden presentar una aparición similar, como el linfoma non-hodgkin y neurofibroma.<sup>12,20</sup>

## **Tratamiento y pronóstico**

El tratamiento de elección para los adenomas pleomorfos de glándulas salivales menores y mayores es la excisión quirúrgica. No se aconseja la enucleación de los adenomas pleomorfos de la parótida debido al riesgo de recurrencia, dada la extensión del tumor a través de los defectos de la cápsula. La extirpación de los adenomas pleomorfos originados en la glándula parótida se complica por la presencia del nervio facial. Por lo tanto, toda técnica quirúrgica debe incluir la preservación del nervio facial, si no está afectado. En la mayor parte de los casos, la atención más apropiada es la parotidectomía superficial con preservación del nervio facial. La resección de la glándula submandibular es el mejor tratamiento para tumores mixtos benignos en este sitio. Las anomalías del paladar o la encía afectan muchas veces el periostio o hueso haciendo muy difícil su extirpación. Otros tumores mixtos benignos bucales se pueden eliminar con mayor facilidad, pero en la remoción quirúrgica se debe incluir tejido más allá de la pseudocápsula.<sup>6,20</sup>

Una extirpación inicial inadecuada de adenoma pleomorfo de una glándula mayor puede provocar recurrencia, a menudo múltiples focos menores tumorales. Estas lesiones recurrentes pueden distribuirse ampliamente en el área de la intervención previa y a veces en el trayecto de la cicatriz quirúrgica. El principal determinante para que no recurran es el tratamiento quirúrgico adecuado en la fase inicial. En cada recurrencia hay una mayor posibilidad de transformación maligna. Además, casi el 25% de los tumores mixtos benignos sufren transformación maligna si las lesiones no reciben tratamiento durante mucho tiempo. La probabilidad de la transformación maligna también aumenta si el área ha sido tratada previamente con radioterapia <sup>6</sup>

Las recidivas se asocian a un mayor porcentaje de malignización que los tumores primarios, por lo que deben de tratarse con parotidectomía total conservando el nervio facial si fuese posible, y analizando cada uno de los nódulos. <sup>12</sup>

Si las recidivas se presentan tras la exéresis total de la glándula, se debería extirpar toda la masa, como una porción de músculo así como el tejido fibroso peritumoral. <sup>7</sup>

El tiempo de recurrencia suele estar en torno a los 2-5 años, pudiéndose beneficiar del tratamiento radioterápico a aquellos pacientes con recidivas inoperables o resecciones incompletas. <sup>11</sup>

La incidencia de transformación maligna ocurre en un 3-5% aumentando este porcentaje hasta un 15%. Suele evolucionar hacia adenocarcinoma, tumor mixto maligno o carcinoma indiferenciado. <sup>20</sup>

La radioterapia quedará reservada en estos casos a tumores recidivantes, irrecatables, extirpaciones completas con posible afectación nerviosa en aquel paciente donde esté contraindicada la cirugía.<sup>3</sup>

## **Planteamiento del problema**

Aunque se conoce que el adenoma pleomorfo es la neoplasia benigna más frecuente en la región maxilofacial; es importante determinar la frecuencia con que éstas se presentan en el Laboratorio Histopatológica de la División de Estudios de Postgrado y así poder determinar su localización, edad y género.

## **Justificación**

Las neoplasias benignas en glándulas salivales representan alrededor de 5% de todos los tumores de cabeza y cuello. El tumor benigno más frecuente en la región maxilofacial es el adenoma pleomorfo, que representa del 80 al 90% de los tumores de la glándula parótida y el 50% de los tumores de las glándulas menores. Resulta entonces importante determinar la frecuencia de estas lesiones en la población mexicana, y ayudar a determinar género, localización y edad donde más comúnmente se presenta el adenoma pleomorfo.

## **Objetivo general**

Describir la frecuencia del adenoma pleomorfo en las biopsias que son remitidas para estudio histopatológico en el Departamento de Patología de la División de Estudios de Postgrado e Investigación en un periodo de 10 años

## **Objetivos específicos**

Obtener la frecuencia de localización, edad, género, y distribución por año en los tumores en las glándulas salivales de Laboratorio del Departamento de Patología Bucal de la DEPel de la F.O.

## **Tipo de estudio**

Descriptivo, retrospectivo

## **Variable dependiente**

Adenoma pleomorfo

## **Variable independiente**

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

## **Criterios de inclusión**

Los casos con diagnóstico histopatológico de adenoma pleomorfo

## **Criterios de exclusión**

Casos diagnosticados histopatológicamente que no corresponden a Adenoma pleomorfo

## **Materiales**

- Reportes del archivo del Departamento de Patología de la División de Estudios de Postgrado de la facultad de Odontología de enero de 1994 a diciembre del 2004
- Cortes histológicos teñidos con Hematoxilina y Eosina de los casos seleccionados
- Microscopio óptico

## **Metodología**

Se revisaron un total de 7556 expedientes histopatológicos de enero de 1994 a diciembre del 2004 del servicio de diagnóstico de Patología Bucal, de los cuales se encontró un total de 44 adenoma pleomorfo, de los cuales se solicitaron cortes histológicos a 5  $\mu$  y tinción de hematoxilina y eosina de cada caso. Los cortes histológicos fueron revisados por dos patólogos bucales que corroboraron el diagnóstico de adenoma pleomorfo.

Se recopilaron los siguientes datos de cada caso: número de registro, edad, género, localización, características clínicas (tamaño, color, tiempo de evolución, y sintomatología) y diagnóstico histopatológico.

Posteriormente se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos y se expresó en tablas y gráficas.

## Resultados

Se encontraron un total de 44 de adenoma pleomorfo que representan 100% del total de estudios histopatológicos recibidos durante 1994 a 2004 (tabla 1).

El mayor número de casos se presentó en el año 2002 y ningún caso en el año 1999. (grafica 1)

31 casos fueron en mujeres (70.4%) y 13 casos en hombres 29.5% por lo que la relación aproximada es 2:1 (grafica 2)

La edad que se presentó el adenoma pleomorfo fue desde los 15 hasta los 84 años teniendo una edad promedio 39 años. (Grafica 3)

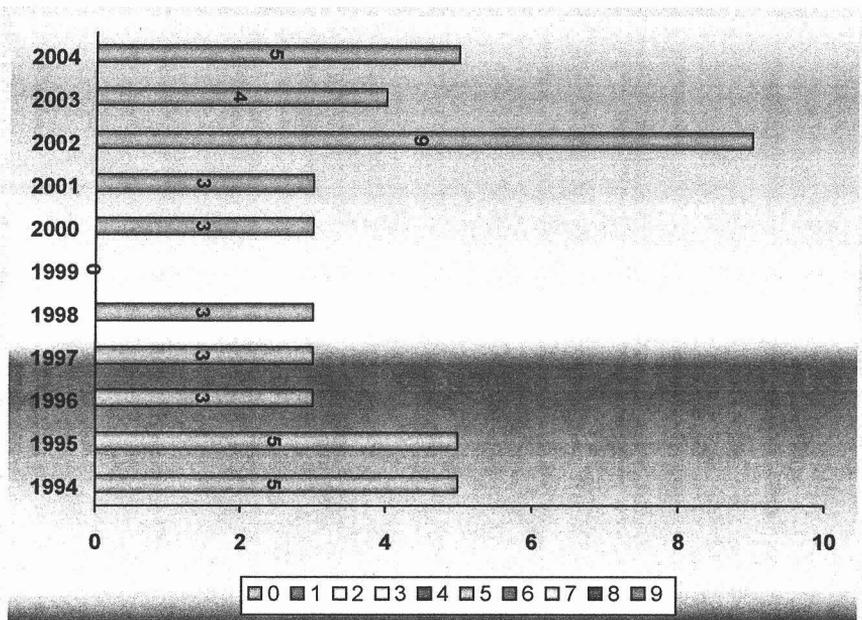
A continuación se enlistan en forma descendiente por porcentaje la localización del adenoma pleomorfo de 44 casos (de un 100%), 59% en paladar, 16% mucosa labial, 6% en región submandibular, 4.5% en región maseterina, 4.5% en carrillo, 4.5% en parótida, 2.7% en cuello (lugar no especificado) y 2.7% en región yugal.

El adenoma pleomorfo se presentó con mayor frecuencia en el área palatina con un total de 26 casos.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

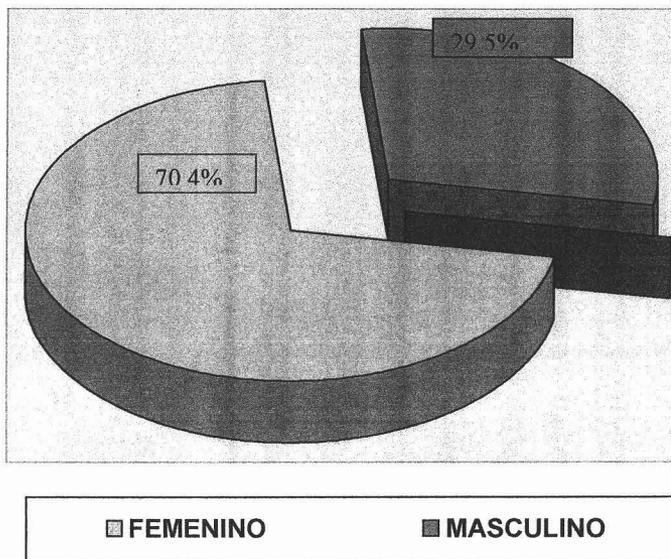
Número de Casos de Adenoma Pleomorfo por Año										
1994	5									
1995		5								
1996			3							
1997				3						
1998					3					
1999						0				
2000							3			
2001								3		
2002									9	
2003										4
2004										5

Tabla 1. Frecuencia por año del adenoma pleomorfo



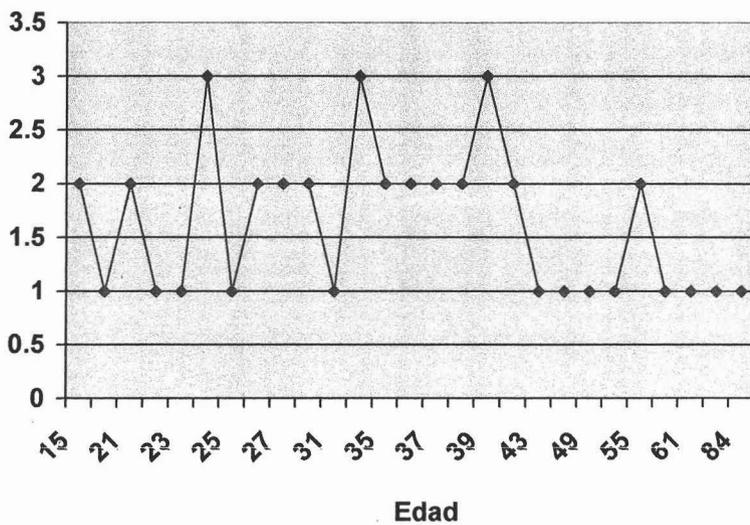
Gráfica 1. Frecuencia por año del adenoma pleomorfo

**Frecuencia por género del adenoma  
pleomorfo**



(Gráfica 2)

### Edad promedio del adenoma pleomorfo



Edad  
(Gráfica 3)

## Discusión

El adenoma pleomorfo es la neoplasia benigna más frecuente de las glándulas salivales mayores y menores con predominio en mujeres<sup>7</sup>, nuestro estudio demostró también predilección en el género femenino. De acuerdo a Neville el adenoma pleomorfo es más frecuente entre la 4 y 6 década de la vida<sup>20</sup>, nuestro estudio demostró una predilección en la cuarta década de la vida. La mayoría de los autores reporta <sup>7,20</sup> una afectación mayor en la glándula parótida y paladar en esta neoplasia, nuestro estudio mostró una frecuencia mayor en el paladar, con sólo dos casos en parótida, esto debido a que en el laboratorio de histopatología donde se realizó este estudio, la mayoría de los especímenes son de biopsias intrabucuales.

## **Conclusiones**

El obtener la frecuencia de adenoma pleomorfo en los especímenes de la población que es remitida por el Departamento de Patología Bucal de la División de Estudios de Postgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, por servicios de salud pública, y particulares, nos permitió obtener un conocimiento general de la frecuencia de esta lesión.

Los datos obtenidos fueron similares a los reportados en la literatura, el adenoma pleomorfo fue más frecuente en mujeres de la cuarta década de la vida y siendo el paladar el sitio más afectado.

## Fuentes de información

1. Schers Harry D.M. Dsc Histología Y Embriología Bucales. 4a Reimpresión 1981, Págs. 260-291
2. Maria Elsa Gómez de Ferrari, Antonio Campos Muñoz histología y embriología bucodental. 1999, Págs. 125-129
3. Juan I. Palacios Ortega Et. Al. Tumor De glándulas Salivales. Sociedad Española De Cirugía Plástica Reparadora Y Estética (Secpre) 2000, Págs.
4. Abraham Abramovich. Embriología de la Región Maxilofacial. 3ª ed. Buenos Aires 1997, Págs. 157-162
5. Finn Geneser Histologia Sobre Bases Biomoleculares. 3ª Ed Buenos Aires 2002 Págs.472-474
6. Robert E. Marx Dds. Oral And Maxilli Facial Pathology. United States of American, 2003, pages 527-531
7. Joseph A. Regezi, Dds, Ms, James J. Scuibba, Dmd, Phd, Richard C.K. Jordan Dds, Msc, Phd Oral Pathology. 4a ed. United States of American 2004, pags195-199

8. J. Philip Sapp, Dds. Ms. Lewis R. Wyocki Dds. Phs. Contemporary Oral And Maxillofacial Pathology. 2a edición 2004, Págs. 348-363.
9. Roderick A Cawson. William H Binnte John W Eveson Oral Disease Clinical And Pathologic Correlation. 2a edicion, 1995
10. Richard J. Zarbo, M.D., D.M.D., Henry Ford Hospital, Detroit, Michigan, Salivary Gland Neoplasia: Review For The Practicing Pathologist Sep/2001
11. Menese garcía Abelardo et. A la actualización de glándulas salivales. Patología de cabeza y cuello curso slap, vo. 35 num. 1997, Págs. 183-191.
12. José Vicente Bagan Sebastián, Et. Al. Medicina Oral. Barcelona, España 1995, Págs. 321-325.
13. Gary L. Ellis, D.D.S., Paul L. Auclair, D.M., Douglas R. Gnepp, M.D. Surgical Pathology of the Salivary Glands. United States of America, 1991, pages. 165-181

14. Ronald H. Spiro, Md; Salivary Neoplasm: Overview Of A 35-Year Experience With 2,807 Patients Head & Neck Surgery; Jan/Feb 1986; Pages. 177-183
  
15. Neville: brad w dds. Et al; Labial salivary gland tumors; cancer may 15 1988, pag. 2113-2116
  
16. Felix, J. Rosa-Santos. M.E Mendoca. F. Torrinha. J. Soares Intracapsular Carcinoma Ex Pleomorphic Adenoma : Report A Case With Unusual Metastatic Behaviour. Oral Oncology 38 2002, Págs 107-110.
  
17. Seifert G. Brocheriou C. Cardesa A. Eveson J.W. WHO International Histological Classification Of Tumors Tentative Histological Classification Salivary Gland Tumours. Diagnostic Seminar 1991 Págs. 557-578
  
18. Gary L. Ellis, D.D.S., Paul L. Auclair, D.M., Atlas Of Tumor Pathology, Tumor Of The Salivary Gland. Third Sieries Fascicle 17 Armed Forces Institute Of Pathology Washinton, D,C,1996, (Afip)
  
19. Richard j. M.d. d.m.d. salivary gland neoplasia: a review for practicing pathologist the united states and canadiean academy of pathology 2002, págs 298-303

20. Neville Bradw Dds. Damm Douglas D. Dd. S Allen Carl M Dds. Oral & maxillofacial pathology. 2a edition United States of American 2002, pages 406-412

21. Seiferst gerhard m.d and leslie h. Sobin m.d. the world organization's histological classification of salivary glands tumors cancer july 15 1992 col 70 no. 2 pages 379-385