
Histopatología de los Tumores Malignos de las Glándulas Salivales

Micinquevich S; Gimenez J; Salvatori M; Dorati P.

Asignatura Patología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología de La Plata.

Los tumores de las glándulas salivales muestran una amplia variedad citológica y estructural, lo que dificulta su diagnóstico. Constituyen alrededor del 5% de las neoplasias de cabeza y cuello, siendo el promedio de edad de los pacientes con neoplasias malignas de 55 años y de una década menos para los tumores benignos. Algunos datos bioestadísticos arrojan como resultado que pueden ser malignos el 25 % de los tumores que se presentan en la glándula parótida y el 50% de los tumores de las glándulas submandibulares. Este porcentaje se eleva al hacer referencia a la glándula sublingual y aun más a las glándulas salivales menores o accesorias. A este respecto Robins es contundente cuando menciona que la posibilidad de que una neoplasia salival tenga una conducta maligna, es inversamente proporcional al tamaño de la glándula involucrada. Los tumores de las glándulas salivales menores son raros y constituyen el 2 al 3% de los tumores malignos de la vía aérea y digestiva superior, poco comunes bajo los 20 años y raros bajo los 10 años, siendo su localización más frecuente paladar duro, fosas nasales y senos para nasales(1, 2). En este sentido hemos podido ratificar el asiento palatino de tumores malignos en pacientes jóvenes desde observaciones realizadas en nuestra cátedra. El aumento de volumen es el motivo más frecuente que lleva al paciente a consultar, pudiendo originarse en estructuras propias de la glándula o en otras estructuras por lo que el desafío del diagnóstico diferencial se le plantea al clínico desde el inicio. Debe tenerse presente que algunos aumentos de volumen pueden ser un hallazgo al examen físico. Las vías más frecuentes de diseminación corresponden a la extensión directa a estructuras anatómicas adyacentes como el nervio facial, mandíbula, cavidad bucal y paladar; algunos se propagan por largos trayectos a través de los nervios es decir mediante la extensión perineural; las metástasis linfáticas y las hematógenas son también rutas posibles de diseminación. Con respecto a los sitios de implante metastásico el pulmón es el más frecuente pudiendo también implantarse metástasis a nivel ganglionar, óseo y hepático(2). Si bien en las diferentes series comunicadas a nivel internacional se encuentran diferencias numéricas, todas coinciden en que la parótida y las glándulas accesorias palatinas se encuentran las neoplasias con mayor frecuencia. Esta presentación tiene por objeto comunicar 2 casos de lesiones glandulares malignas destacando sus aspectos histopatológicos. Se estudiaron 2 casos de lesiones tumorales malignas localizadas en glándulas salivales accesorias de mucosa yugal. En ambas se realizó una completa exploración clínica, registro de datos aportados por el paciente y

toma de muestras que fueron remitidas para estudio histopatológico. Las mismas fueron procesadas para su observación con microscopio óptico, incluidas en parafina y coloreadas con hematoxilina-eosina. El caso 1 correspondió a un paciente masculino portador de una lesión tumoral en mucosa yugal derecha ausente de manifestaciones clínicas. El caso 2 a un paciente masculino con lesión tumoral asintomático en mucosa yugal izquierda, cubierta por mucosa de aspecto normal, sin referir datos precisos a cerca de su tiempo estimado de evolución. El examen histopatológico arrojó en el primer caso adenocarcinoma de células basales y en el caso 2 carcinoma intraductal de glándula salival menor, tumor con una imagen muy similar al carcinoma ductal mamario. Las entidades presentadas tienen una frecuencia relativa muy baja y coinciden con lo postulado de que las lesiones tumorales de glándulas salivales menores tienen altos porcentajes de tener conducta biológica agresiva(3). Se han postulado varios agentes que participarían en la génesis tumoral, siendo mencionadas en la literatura las radiaciones ionizantes como un elemento más en la carcinogenesis de las glándulas salivales. Es necesario el entrenamiento clínico y el conocimiento de la biología tumoral para de esta forma comprender las manifestaciones clínicas de dichas entidades, que aún siendo de baja frecuencia, obligan al clínico dado su pronóstico, a tenerlas presentes en el diagnóstico diferencial. El pronóstico para cualquier paciente de cáncer tratado que tenga enfermedad progresiva o recurrente es precario, independientemente del tipo de células o de la etapa. La selección de tratamiento ulterior depende de varios factores, entre los cuales se encuentran el tipo específico de cáncer, el tratamiento previo, el sitio de recidiva, así como también las consideraciones individuales de cada paciente. Se ha reportado que la radioterapia con haz de neutrones rápidos produce resultados superiores a los que se observan con radioterapia convencional con rayos X y puede ser curativa en casos seleccionados de cáncer de la glándula salival recidivante. La supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia general de los pacientes con tumores de la glándula salival malignos inoperables, recidivantes o que no se pueden reseca es superior en los pacientes que han sido tratados con radioterapia con haz de neutrones rápidos en comparación con los tratados con la radioterapia convencional que utiliza rayos X.

BIBLIOGRAFIA:

- 1-Escovich L; Noveli J; Gandulas Salivales: patología, diagnostico y tratamiento. UNR editora. Rosario Argentina. 2006.
- 2-Raspall G; Tumores de Cara, Boca, Cabeza y Cuello. 2º ED Masson S.A. Barcelona, pp. 1-22, 2000.
- 3-Seifert G., Sobin L.H.: Histological Classification of Salivary Glands Tumors En: World Health Organization International Histological Classification of Tumors. Springer-Verlag Berlin 1991.