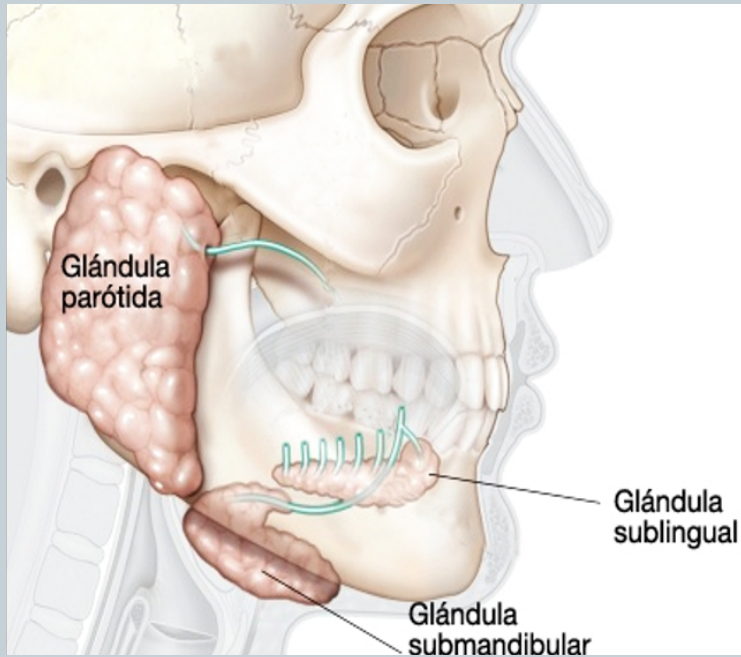


Tumores de glándulas salivales

1. Generalidades: glándulas/tumor/neoplasia
2. Epidemiología
3. Neoplasias benignas de glándulas salivales
4. Neoplasias malignas de glándulas salivales

Glándulas salivales

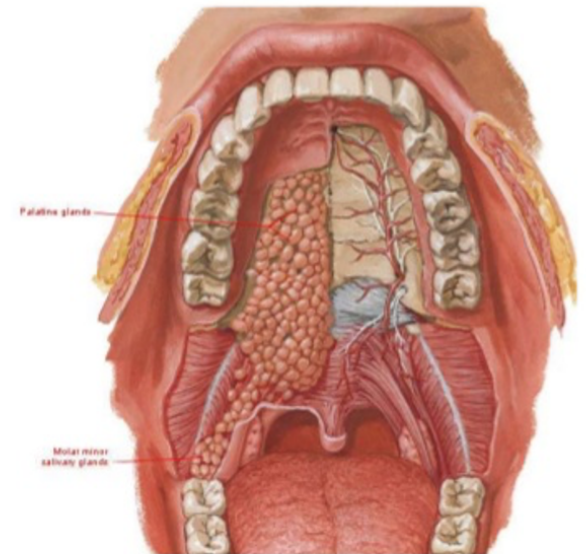


- 700- 1000 GS menores o accesorias
- Pueden ser: serosas, mucosas, mixtas

Además existen

- Paladar
- Labio
- Piso de boca
- Mejillas
- Lengua
- Faringe

Distribuidas por

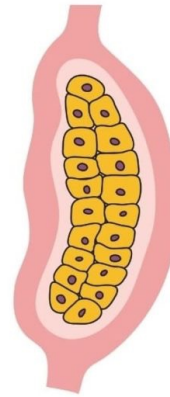


Saliva

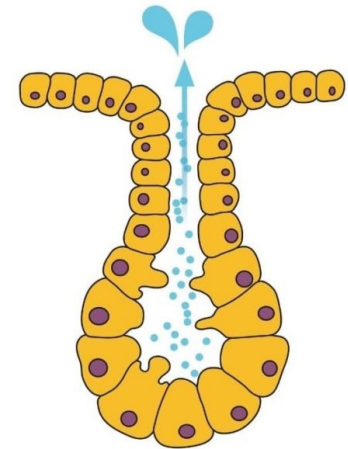


Secreción exocrina mucoserosa claro que es fundamental para la preservación y el mantenimiento de la salud oral.

- Producción: 0,5 a 1,5 L/día
- Contribuciones de las diferentes glándulas salivales durante el no estímulo caudal son :
 - 20% de parótida
 - 65% de submandibular
 - 7%–8% de sublingual
 - < 10% de las glándulas menores
- La parótida contribuye > 50% de la saliva estimulada.



Glándula endocrina

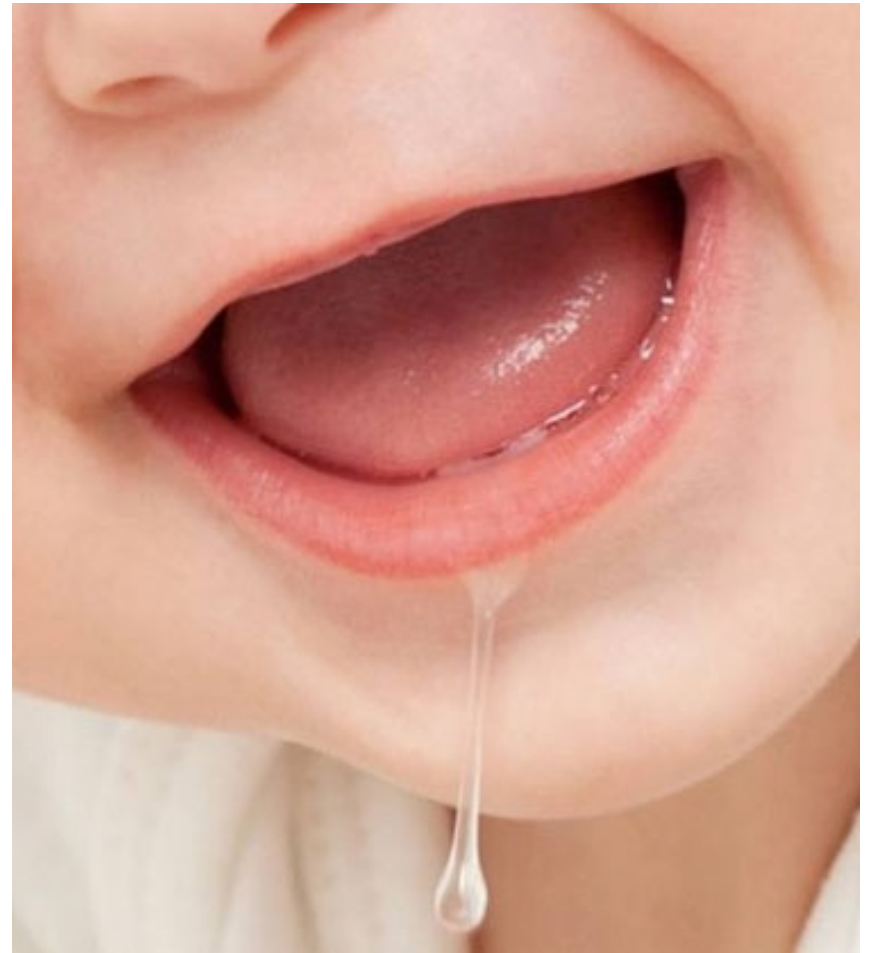


Glándula exocrina

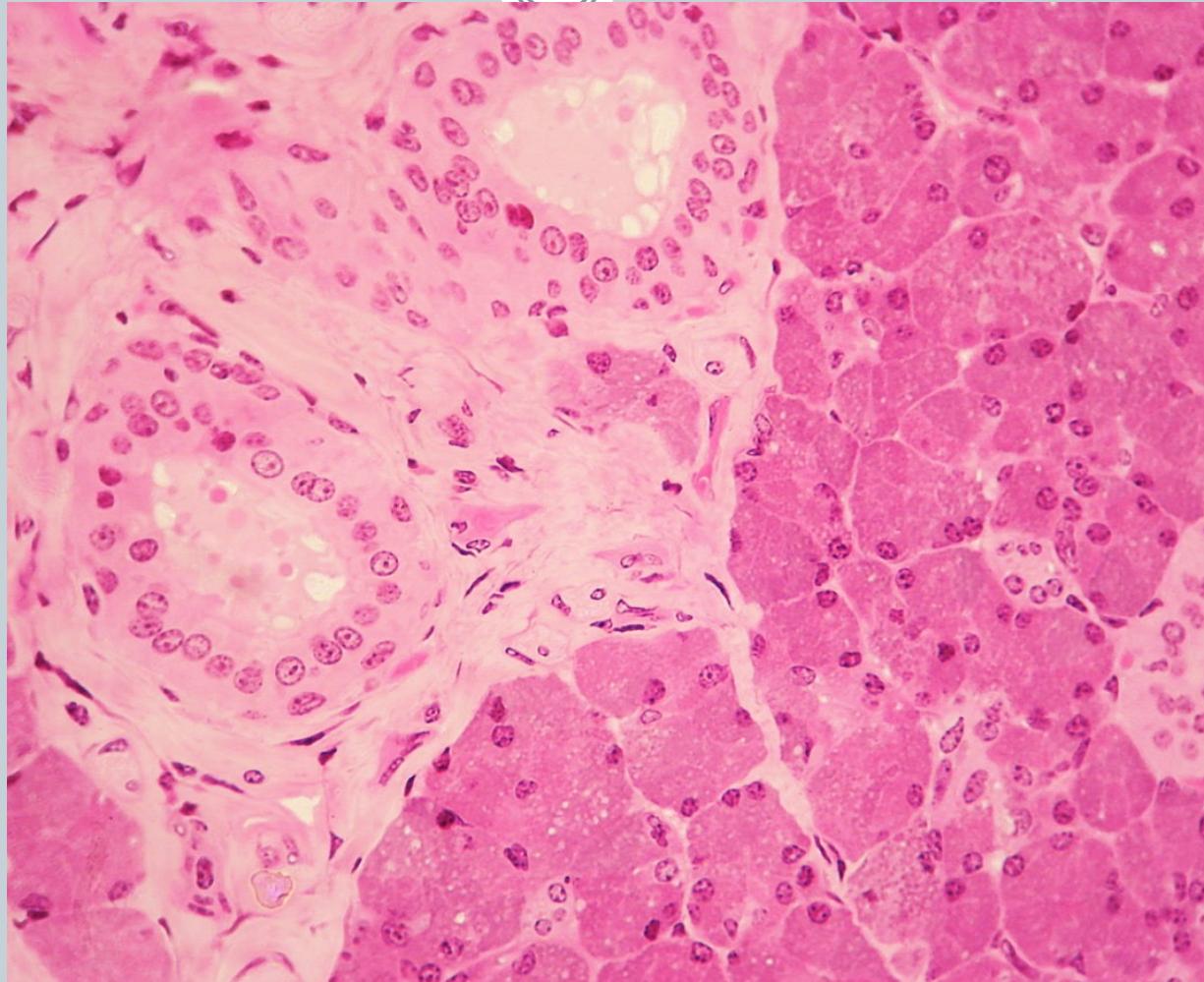
Composición de la saliva



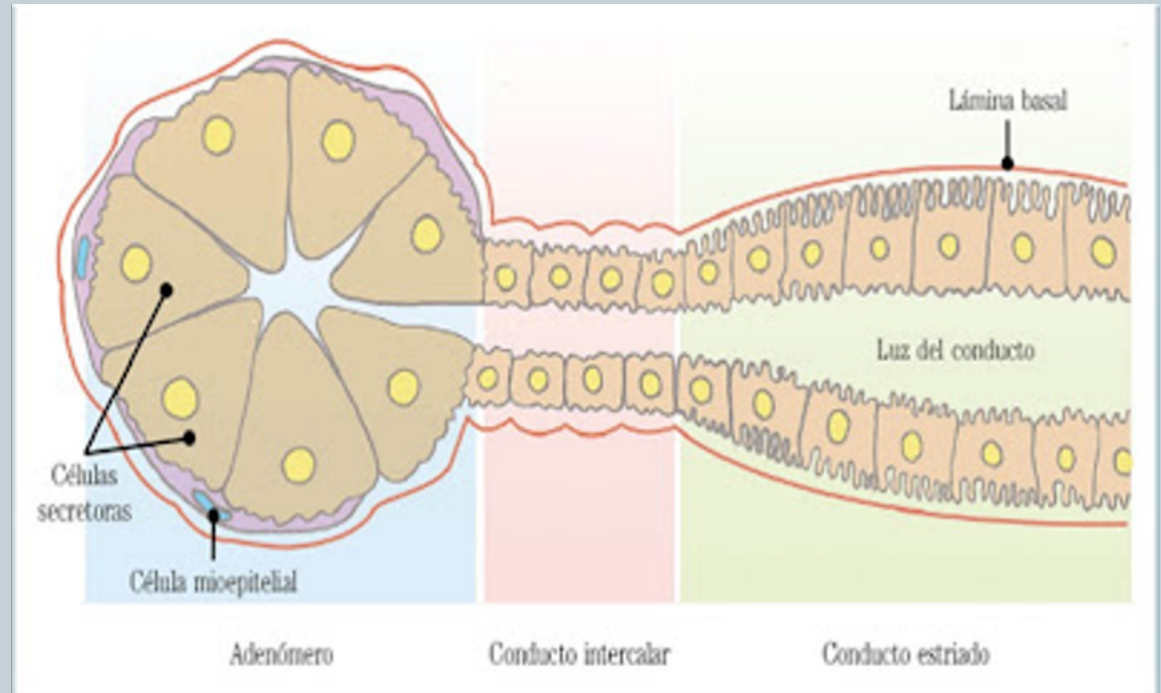
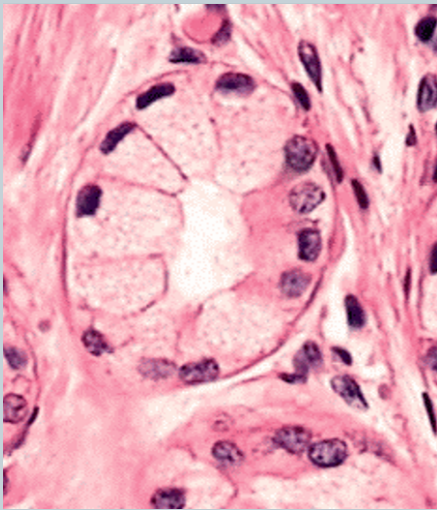
- Agua 99,5%
- Electrolitos , incluyendo Na^+ , K^+ , Calcio 2^+ , Mg^{2+} , bicarbonato (HCO_3^-) y fosfatos.
- Inmunoglobulinas , proteínas , enzimas , mucinas, urea , y amoníaco
- Normal pH : 6.7–7.4, casi neutral



Histología glándula parótida



Glándulas salivales – Esquema de Histología



Concepto de tumor



- Un tumor es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen.
- Es un agrandamiento anormal de una parte del cuerpo que aparece, por lo tanto, hinchada o distendida.
- El tumor, junto con el rubor, el dolor y el calor, forman la tétrada clásica de los síntomas y signos de la inflamación.





Mucocele



Ránula

Hiperplasia de glándula sublingual

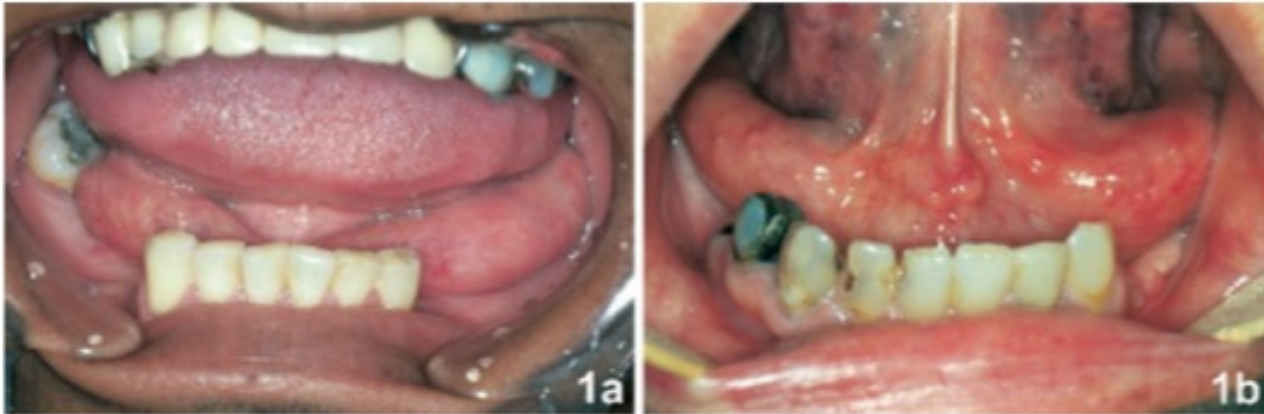


Fig. 1. Clinical aspects of IHSG in partially edentulous patients. **A**, Bilateral diffuse swelling of sublingual gland occupying extensive area at the floor of the mouth. **B**, Examination of the enlargement of sublingual glands, with the patient placing the tip of the tongue in contact with the upper incisive teeth while keeping the mouth open.

Hiperplasia de glándula sublingual

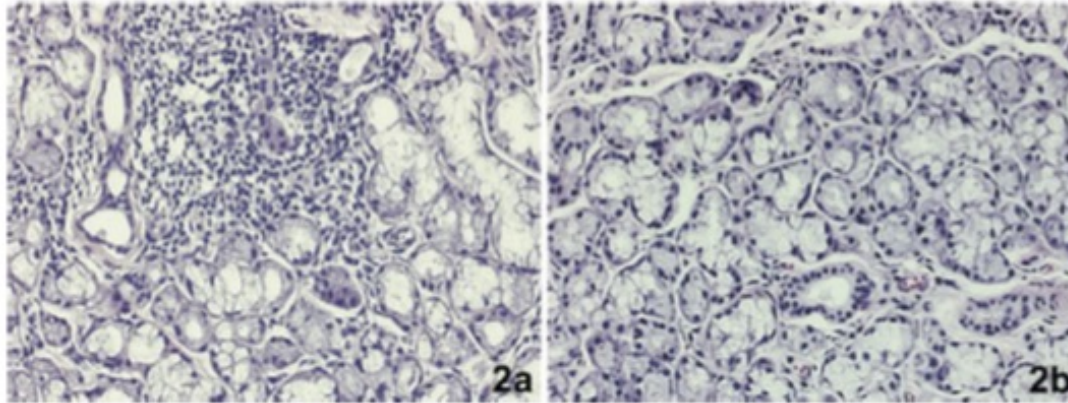


Fig. 2. Histopathologic findings. **A**, Chronic sialadenitis presenting moderate to intense infiltration of lymphocytes and plasma cells in the glandular parenchyma (hematoxylin-eosin, original magnification $\times 100$). **B**, Normal tissue of the sublingual gland, composed mainly of mucus-producing cells arranged in acini supported by a basal membrane (hematoxylin-eosin, original magnification $\times 100$).

Lectura



Idiopathic hyperplasia of the sublingual glands in totally or partially edentulous individuals

Carina Domaneschi, DDS, DSc,^a Ana R. Maurício, DDS, MS,^a Filipe Modolo, DDS, DSc,^b and Dante A. Migliari, DDS, DSc,^c São Paulo, SP, Brazil
UNIVERSITY OF SÃO PAULO

Objective. To determine the possible etiologic factors associated with the development of idiopathic hyperplasia of the sublingual gland (IHSG).

Study design. Fifty partially or totally edentulous patients were divided into 2 groups, each with 25 subjects, matched by sex. Group 1 was made up of patients with IHSG, whereas group 2 consisted of patients without IHSG. Patients of both groups were investigated with respect to the use of prostheses, systemic medication, systemic diseases, smoking habits, alcohol consumption, and xerostomia. In addition, patients of group 1 were examined by occlusal radiography, and in 6 of them, a biopsy of the sublingual gland swelling was taken for histopathologic investigation. The Fisher exact test was used, with significance set for $P \leq .05$.

Results. The comparative analysis revealed no statistical difference between the 2 groups concerning all factors investigated ($P > .05$). Radiographic examination did not detect any presence of salivary calculi; the histopathologic findings revealed either chronic sialadenitis (4 cases) or normal glandular tissue (2 cases).

Conclusion. Our clinical and histopathologic analyses confirm that IHSG is a harmless condition for which no surgical treatment is required. The etiologic investigation did not find any local or systemic factors significantly associated with the development of IHSG. The absence of posterior teeth remains as the only known predisposing factor to be strongly linked to this condition. (*Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;103:374-7)

Hiperplasia de glándula sublingual



Conclusion.

- Our clinical and histopathologic analyses confirm that IHSB is a harmless condition for which no surgical treatment is required.
- The etiologic investigation did not find any local or systemic factors significantly associated with the development of IHSB. The absence of posterior teeth remains as the only known predisposing factor to be strongly linked to this condition.

Hiperplasia de glândula sublingual



Figura 1 - Aspecto intraoral frontal, evidenciando hiperplasia sublingual lado direito.



Figura 2 - Punção aspiratória da hiperplasia sublingual do lado direito.

Hiperplasia de glândula sublingual



Figura 4 - Biópsia excisional e peça cirúrgica.

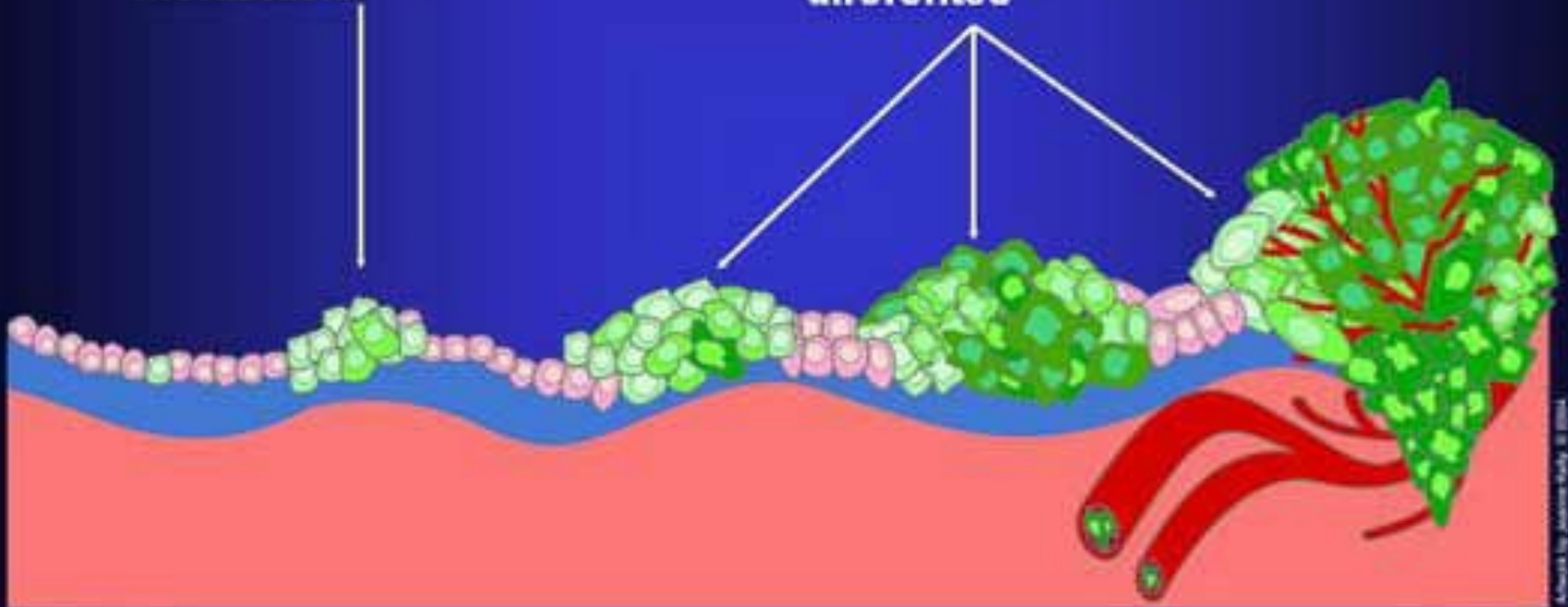


Figura 5 - Aspecto intraoral frontal, lado esquerdo pré-operatório e lado direito pós-operatório (12 meses).

Los Tumores Malignos comparados con los Benignos

Las células de tumor benignas (no cancerosas) crecen sólo localmente y no se pueden diseminar por invasión o por metástasis

Las células malignas (cancerosas) invaden a los tejidos vecinos, entran a los vasos sanguíneos y se metastatizan a sitios diferentes



Generalidades en Neoplasias



- NEOPLASIAS BENIGNAS

- Crecimiento lento
- No adherido a planos profundos
- Móvil
- Indoloro

- NEOPLASIAS MALIGNAS

- Crecimiento rápido
- Adherido a planos profundos
- Fijo, pétreo
- Dolor
- Puede producir ulceración
- Metastasis regionales

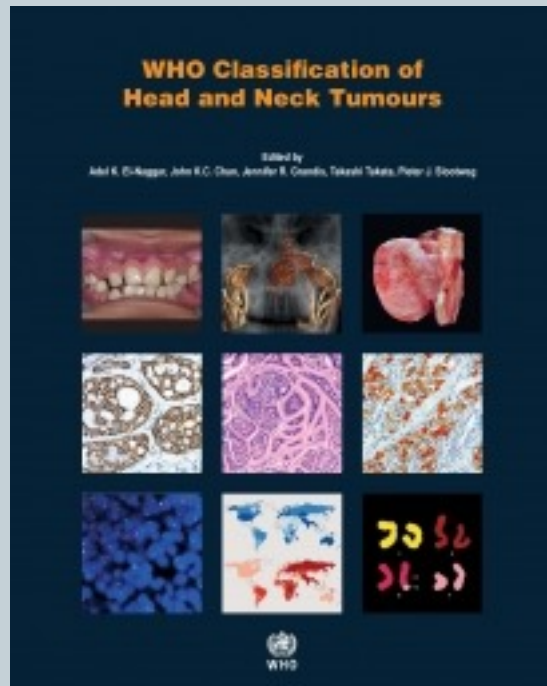
Tumores de glándulas salivales



- Grupo complejo y heterogéneo de neoplasias originadas en el epitelio de las glándulas salivales.
- Son de baja frecuencia que representan un importante desafío para su estudio.
- Algunas descritas recientemente como el Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado PLGA 1983; Adenocarcinoma Cribiforme de la lengua (Michal y cols., 1999); Mammary Analogous Secretory MASC (Skalova y cols. 2010).
- Escasos estudios publicados y diferencias en las consideraciones metodológicas (algunos estudios abordan sólo glándulas mayores, otros menores o ambas, diferentes criterios de diagnóstico, diferencias geográficas, sesgos)



2017



19 tumores malignos
1 de potencial incierto
11 benignos

WHO classification of tumours of **salivary glands**

Malignant tumours			
Mucoepidermoid carcinoma	8430/3	Lymphadenoma	8563/0*
Adenoid cystic carcinoma	8200/3	Cystadenoma	8440/0
Acinic cell carcinoma	8550/3	Sialadenoma papilliferum	8406/0
Polymorphous adenocarcinoma	8525/3	Ductal papillomas	8503/0
Clear cell carcinoma	8310/3	Sebaceous adenoma	8410/0
Basal cell adenocarcinoma	8147/3	Canalicular adenoma and other ductal adenomas	8149/0
Intraductal carcinoma	8500/2		
Adenocarcinoma, NOS	8140/3	Non-neoplastic epithelial lesions	
Salivary duct carcinoma	8500/3	Sclerosing polycystic adenosis	
Myoepithelial carcinoma	8982/3	Nodular oncocytic hyperplasia	
Epithelial–myoepithelial carcinoma	8562/3	Lymphoepithelial sialadenitis	
Carcinoma ex pleomorphic adenoma	8941/3	Intercalated duct hyperplasia	
Secretory carcinoma	8502/3*		
Sebaceous adenocarcinoma	8410/3	Benign soft tissue lesions	
Carcinosarcoma	8980/3	Haemangioma	9120/0
Poorly differentiated carcinoma		Lipoma/sialolipoma	8850/0
Undifferentiated carcinoma	8020/3	Nodular fasciitis	8828/0
Large cell neuroendocrine carcinoma	8013/3		
Small cell neuroendocrine carcinoma	8041/3	Haematolymphoid tumours	
Lymphoepithelial carcinoma	8082/3	Extranodal marginal zone lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue (MALT lymphoma)	9699/3
Squamous cell carcinoma	8070/3		
Oncocytic carcinoma	8290/3		
<i>Uncertain malignant potential</i>			
Sialoblastoma	8974/1		
Benign tumours			
Pleomorphic adenoma	8940/0		
Myoepithelioma	8982/0		
Basal cell adenoma	8147/0		
Warthin tumour	8561/0		
Oncocytoma	8290/0		

The morphology codes are from the International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) [776A]. Behaviour is coded /0 for benign tumours; /1 for unspecified, borderline, or uncertain behaviour; /2 for carcinoma in situ and grade III intraepithelial neoplasia; and /3 for malignant tumours. The classification is modified from the previous WHO classification, taking into account changes in our understanding of these lesions.

*These new codes were approved by the IARC/WHO Committee for ICD-O.

Neoplasias de glándulas salivales

Epidemiología



- La epidemiología de las neoplasias de las glándulas salivales no está bien documentada, pero son tumores de baja frecuencia.
- En USA corresponderían al 6% de todas las neoplasias de cabeza y cuello, y 0,3% de todos los tumores malignos.
- Incidencia anual global estimada: 0,4 a 13,5 por 100.000 personas por año (WHO, 2005).

Tumores de glándulas salivales

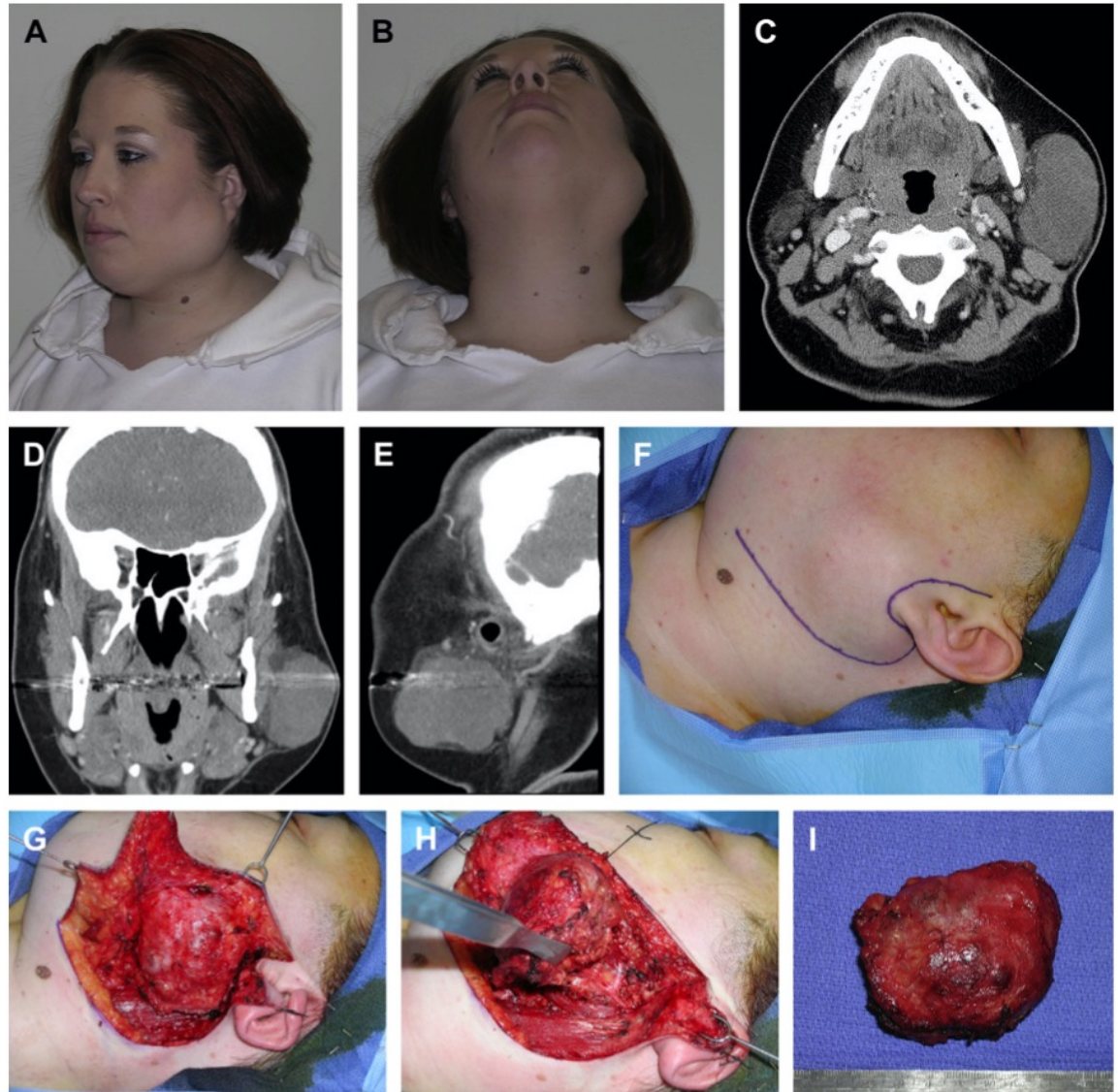
Epidemiología

- La glándula parótida es el sitio más frecuentemente comprometido con tumores de glándulas salivales.
- En parótida ocurre el 61-80% de todos los casos, glándula submaxilar al 8-11%, sublingual a menos 1-3% y salivales menores al 9-28%.
- El sitio más frecuentemente afectado en parótida es el lóbulo superficial (lateral).

Fig. 1. A 34-year-old woman with an 8-year history of a slowly enlarging mass of the left parotid region (A, B). Computed tomograms were obtained that identified a homogenous mass associated with nearly the entire superficial lobe of the left parotid gland (C-E).

The tumor is noted to exist superficial to the common facial vein (C), thereby permitting surgical removal of only the superficial lobe of the left parotid gland. Pleomorphic adenoma was suspected preoperatively due to the chronicity of the mass and its radiographic character.

The patient was prepared for left superficial parotidectomy via a modified Blair incision (F). A skin flap was developed superficial to the left parotid gland, thereby exposing the entirety of the superficial aspect of the specimen (G). The facial nerve was identified approximately 4 mm superior to the junction of the posterior belly of the digastric muscle and the sternocleidomastoid muscle (H). A complete dissection of the facial nerve and all of its branches was accomplished that permitted delivery of the specimen (I). There was no tumor spillage encountered during the tumor surgery although significant pseudocapsular exposure was noted on the medial aspect of the specimen adjacent to the dissected and preserved facial nerve.





EPIDEMIOLOGIA NEOPLASIAS BENIGNAS DE GLÁNDULAS SALIVALES

Distribución porcentual de los tumores de glándulas salivales según sitio de ocurrencia en glándulas mayores o menores

Autor		SITIO DE OCURRENCIA (%)			
		Parótida	Submandibular	Sublingual	Menores
Seifert et al. (1986)	2.579	80	10	1	9
Spiro (1986)	2.807	70	8	(incluido con glándula salival menor)	22
Ellis et al. (1991)	13.749	64	10	3	23
Tian et al. (2010)	6.982	61	10	1	28

(Adapatado de Neville y cols, 2015)

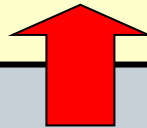


- La glándula parótida es el sitio más comúnmente afectado con neoplasias de glándulas salivales.
- Dos tercios de los tumores de glándulas salivales que ocurren en parótida son benignos.



Distribución porcentual de los tumores de glándulas saivales intraorales según localización

Autor	N° de casos	Paladar	Labios	Bucal	Retromolar	Piso de boca	Lengua	Otras
Waldron (1988)	426	42%	22%	15%	5%	5%	1%	9%
Ellis et al. (1991)	3.355	44%	21%	12%	2%	3%	5%	12%
Buchner et al (2007)	380	54%	22%	14%	5%	3%	1%	0%
Jones et al (2008)	455	51%	24%	12%	2%	2%	2%	8%



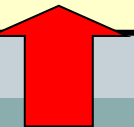
•Paladar lo más frecuente en cavidad oral (intraoral)!!

Frecuencia de tumores malignos de glándulas salivales en los diferentes sitios

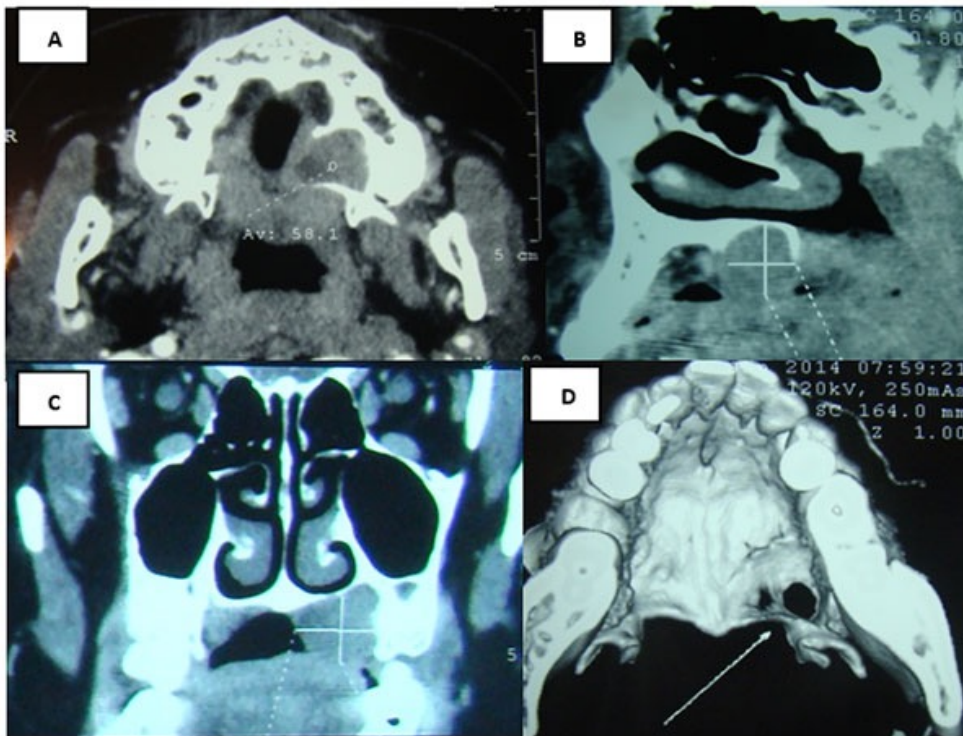


Autor		Casos que son malignos respecto del total de casos en cada sitio (%)			
		Parótida	Submandibular	Sublingual	Menores
Everson and Cowson (1985)	2.410	15	37	86	46
Seifert et al. (1986)	2.579	20	45	90	45
Spiro (1986)	2.807	25	43	(incluido con gl. salival menor)	82
Ellis et al. (1991)	13.749	32	41	70	49
Tian et al (2010)	6.982	18	26	95	62

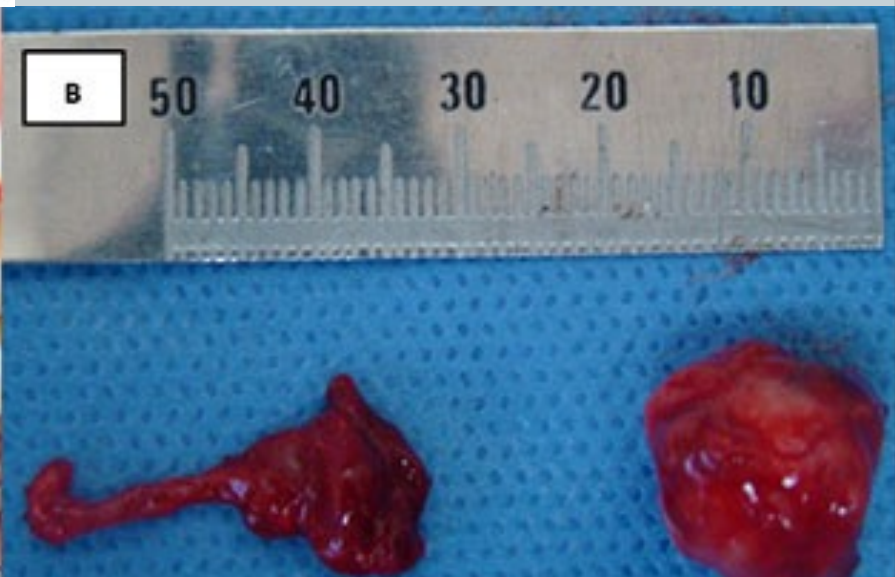
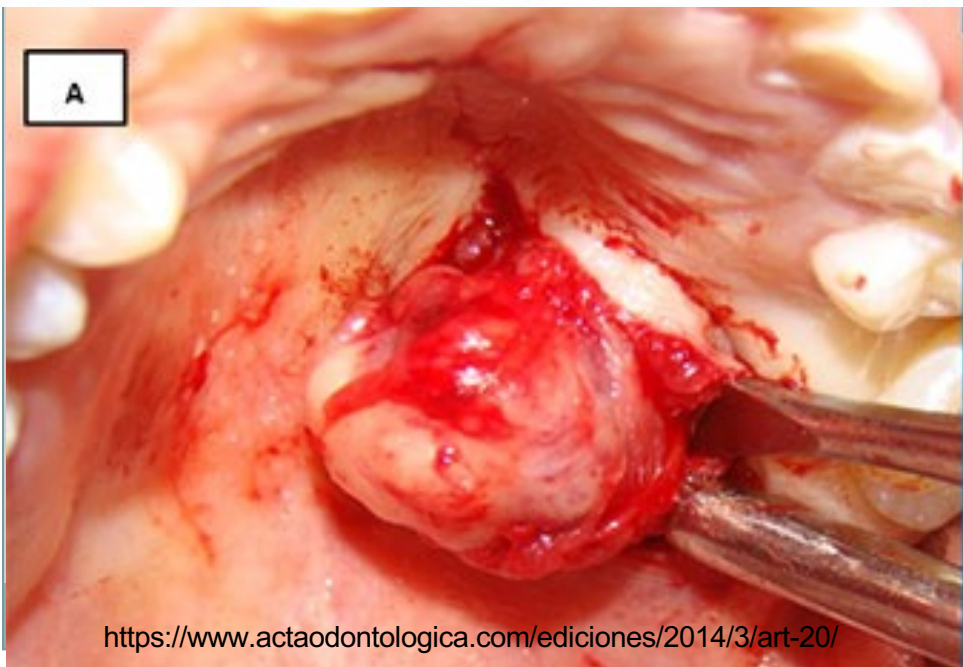
“Excluyendo la glándula sublingual se puede establecer que mientras más pequeña la glándula más probable que corresponde a una neoplasia maligna”



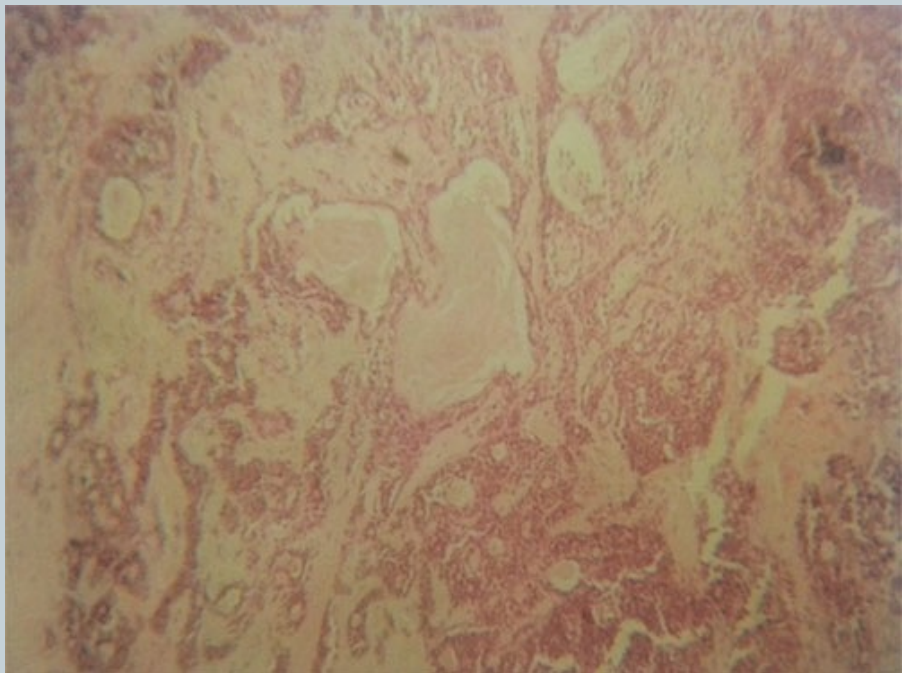




Tomografía Computarizada con contraste. A. Corte axial: masa hipodensa en maxilar lado izquierdo. B. Corte sagital: adelgazamiento en zona posterior de bóveda palatina. C. Corte coronal: masa hipodensa en el lado izquierdo de la orofaringe. D. Reconstrucción 3D.

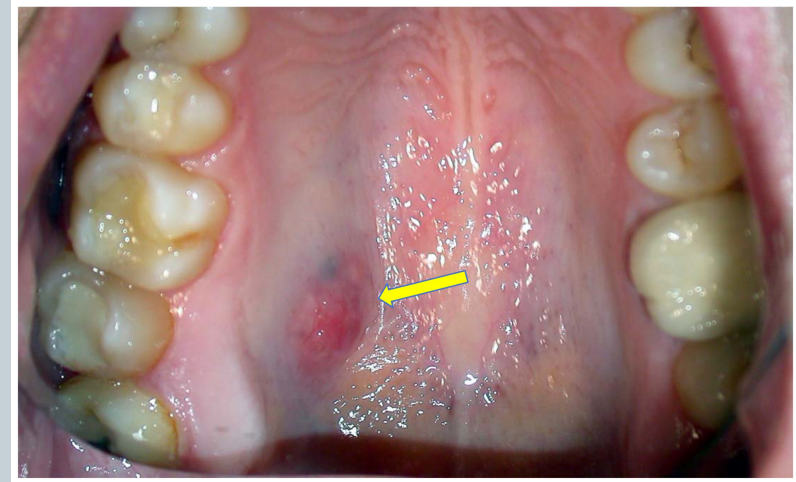


A: Exéresis de la lesión. B: Muestra obtenida para su estudio histopatológico



Epidemiología Tumores Malignos

- La proporción de tumores malignos varía grandemente por sitio anatómico: el 15-32% de los tumores de parótida, 41-45% de glándula submaxilar, 70-90% de la sublingual y 46-62% de los tumores en glándulas salivales menores.



Epidemiología Tumores Malignos

- Sin embargo, “80 -90% de los tumores que ocurren en la lengua, piso de boca y área retromolar son malignos”. WHO, 2005



Barnes, L., Eveson, J.W., Reichart, P., Sidransky, D. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Third edition
WHO Classification of Tumours, Volume 9

Distribución de los diferentes tipos de tumores de glándulas salivales

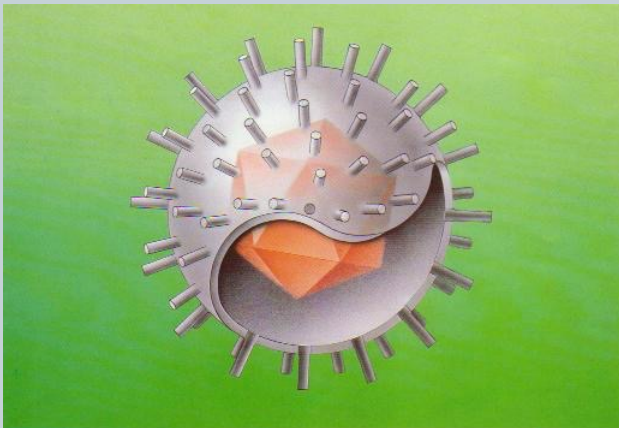


- Entre todos los pacientes con tumores de glándulas salivales (mayores y menores) el adenoma pleomórfico o pleomorfo es el más común, representando un 50% de todos los tumores diagnosticados.
- El tumor de Warthin es el segundo en frecuencia entre los benignos.
- El carcinoma mucoepidermoide es el tumor maligno más común.

Factores asociados con mayor riesgo de desarrollo de neoplasias en glándulas salivales



Exposición a radiaciones



Virus Epstein Barr y tumor de Warthin
Citomegalovirus



Exposición a níquel, cromo, asbestos y polvo de cemento

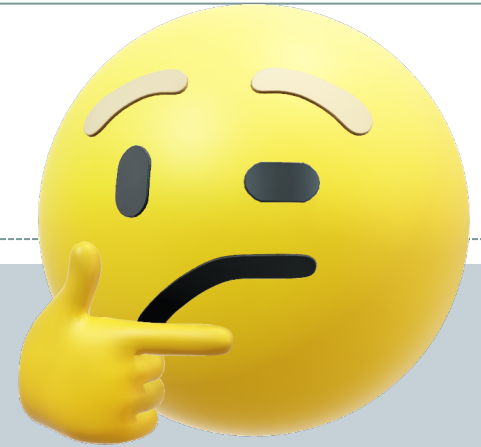
Exposición a polvo de sílice y cocinar con kerosene

Hábito de fumar y Tumor de Warthin

Generalidades de la clínica de los tumores de glándulas salivales



Característica	Tumores Benignos	Tumores malignos
Crecimiento	Masa o tumor de crecimiento lento	Masa o tumor de crecimiento lento o rápido y doloroso
Consistencia	Blanda o elástica	Ocasionalmente consistencia indurada
Predilección de localización	Parótida 85%	Considerar riesgo en glándula sublingual y menores
Piel o mucosa superficial	Intacta, se desplaza sobre planos profundos	Puede ulcerarse la mucosa. Adherencia
Signos de alteración neural	No tiene	Puede ocasionar parálisis, dolor
Compromiso linfático	No tiene	Puede detectarse en conjunto con metástasis l



- *«Si tiene un bulto en el cuello o una masa que aumenta en tamaño y que no desaparece tras dos semanas, busque atención odontológica o médica».*
- *“Si le recetan antibióticos o anti-inflamatorios para tratarlo, y se descartan problemas dentales como causa, y no hay mejoras... entonces debe volver a consultar”.*

“Una masa o inflamación cerca de la mandíbula, el cuello o la boca.

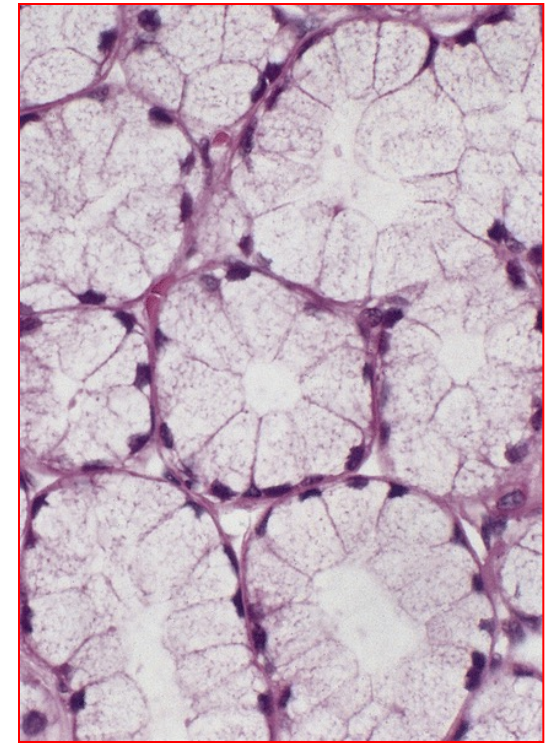
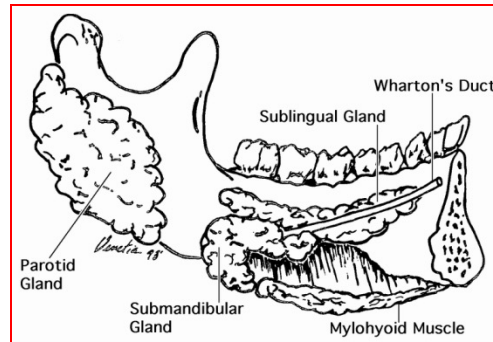
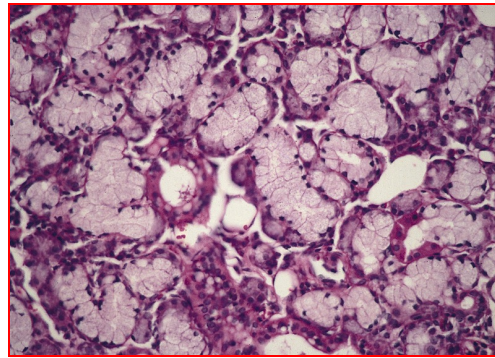
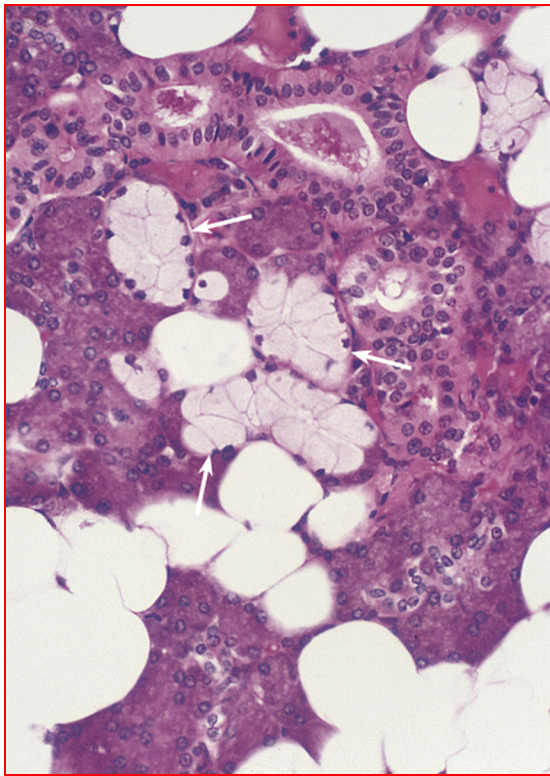
Adormecimiento en parte del rostro

Debilidad de los músculos en un costado del rostro

Dolor persistente en la región de la glándula salival

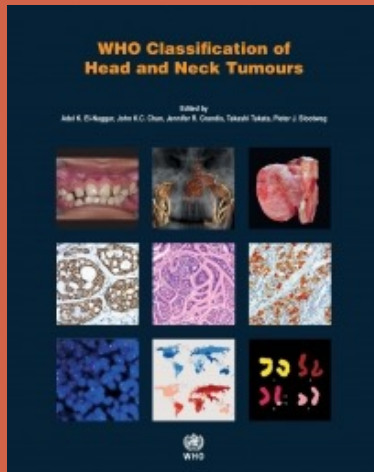
Dificultad para deglutir

Dificultad para abrir totalmente la boca”



Tumores benignos de glándulas salivales

Libro OMS



Tumores epiteliales benignos

- Adenoma Pleomórfico
- Mioepitelioma
- Adenoma de Células Basales
- Tumor de Warthin
- Oncocitoma
- Linfadenoma
- Cistoadenoma
- Sialoadenoma papilífero
- Papilomas Ductales
- Adenoma Sebáceo
- Adenoma Canalicular y otros adenomas ductales

Lesiones epiteliales no neoplásicas

- Adenosis poliquística esclerosante
- Hiperplasia onocítica nodular
- Sialoadenitis linfoepitelial
- Hiperplasia ductal intercalada

Lesiones benignas de tejido blando

- Hemangioma
- Lipoma
- Fascitis Nodular

Tumores hematolinfoides



Adenoma Pleomórfico

- Definición: Una neoplasia benigna de glándulas salivales de variable capsulación caracterizada microscópicamente por un pleomorfismo arquitectural más que celular (no tiene atipias celulares ni aumento de mitosis). Elementos de células epiteliales y mioepiteliales se entremezclan con tejido mucoide, mixoide y de apariencia condroide.
- Sinónimo: Tumor mixto benigno
- Epidemiología: Es el más común de todos los tumores de glándulas salivales, aprox. 60%. La edad promedio de presentación es a los 46 años (más común entre 30 y 50 años), pero se puede presentar desde la primera década de vida a la décima. Leve predilección por mujeres.



Adenoma Pleomórfico

- Clínica: tumor, masa firme, indolora, de crecimiento lento. La piel o la mucosa superficial generalmente está indemne y es móvil, pero al crecer de tamaño el tumor puede adquirir una superficie abollonada. Tumores recurrentes o multifocales pueden presentarse fijos a la superficie.
- Los pacientes pueden relatar que tienen el crecimiento por meses o años.
- Tamaño en el momento del diagnóstico normalmente entre 2-5 cms, pero algunos pueden ser muy grandes.
- Localización: parótida (más frecuente), paladar, labio superior, mucosa bucal.



Adenoma pleomorfo

En el paladar, los tumores se ven generalmente en la unión del paladar duro y blando.

Localización unilateral.

En el paladar duro estos tumores se sienten fijos debido a la proximidad del mucoperiostio subyacente.



Foto gentileza. Clínica de Medicina Oral U de Chile

Adenoma pleomorfo

Caso: Adenoma
pleomórfico.

Un aumento de
volumen bien
circunscrito de
superficie suave en la
mitad izquierda del
paladar duro. La
mucosa que recubre
está distendida.





En tumor de paladar

- Es fundamental complementar el estudio con un Conebeam o TAC para detectar si existe compromiso del hueso palatino por erosión.

Imagenología



Fig. 1-Intraoral photograph showing dome shaped swelling on left posterior palatal

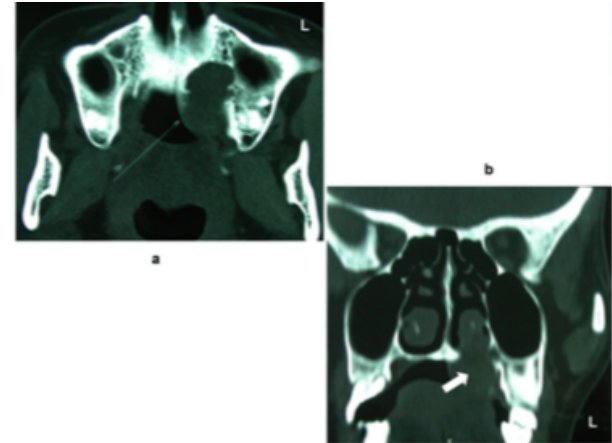
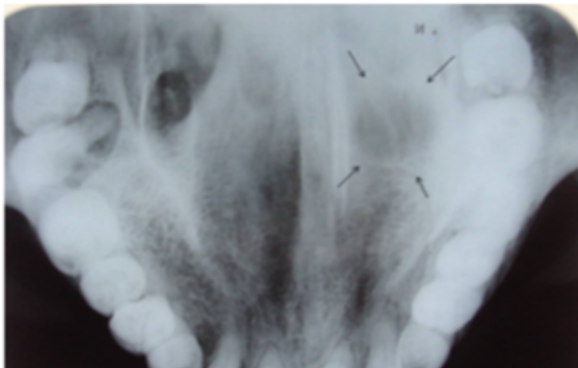


Fig. 5a & 5b- Coronal and axial CT scan images showing posterior extension and palatal perforation (arrows)

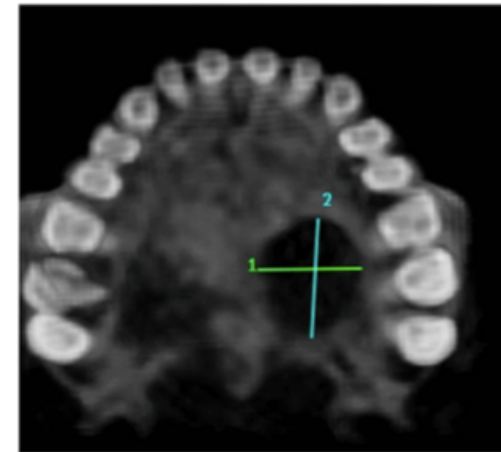


Fig. 6- 3-D CBCT image of palatal bone showing round erosive lesion



Imagenología que muestra afectación de hueso palatino

- En caso de perforación inclinaría a incluir entre las hipótesis diagnósticas la posibilidad neoplasias malignas de glándulas salivales.

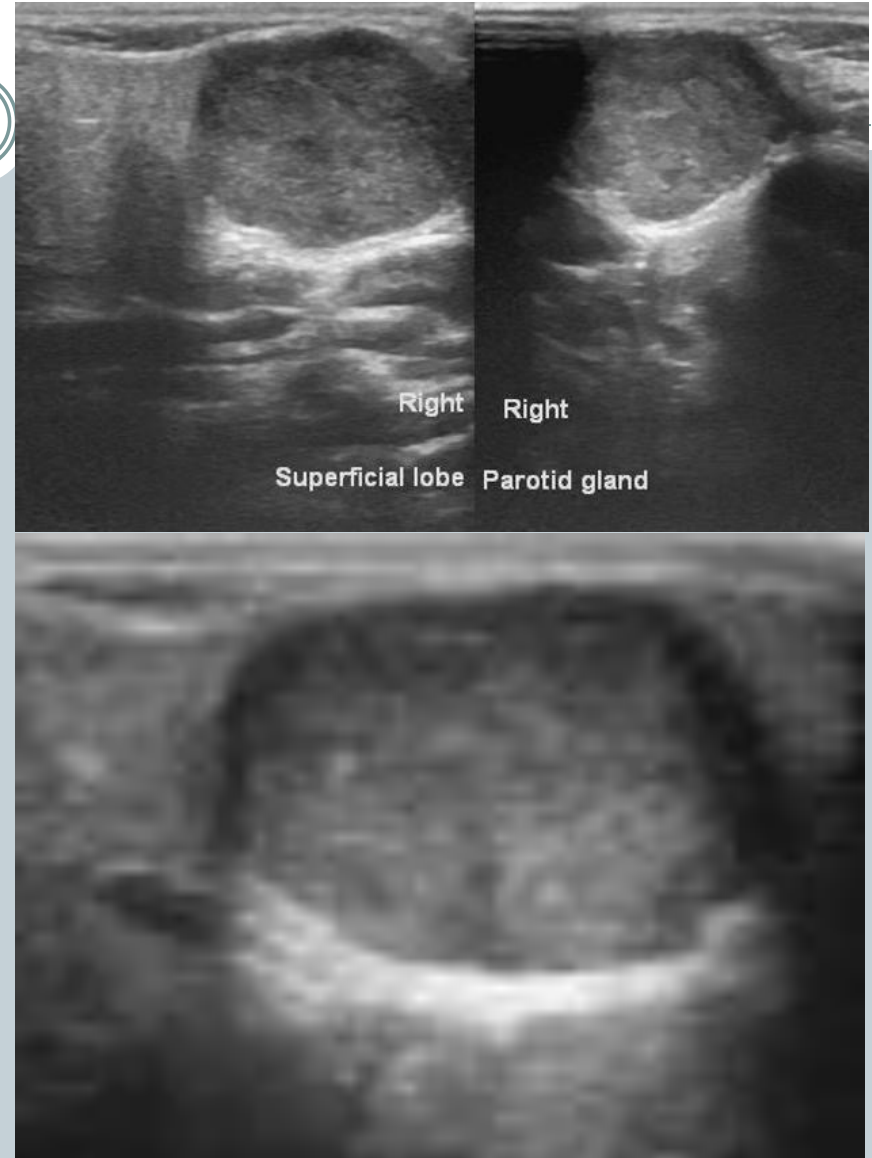
Imagenología tumores de glándulas salivales



ULTRASONIDO

Presenta una imagen hipoecoica o hipoecogénica. Puede presentar un borde lobulado y refuerzo acústico posterior.

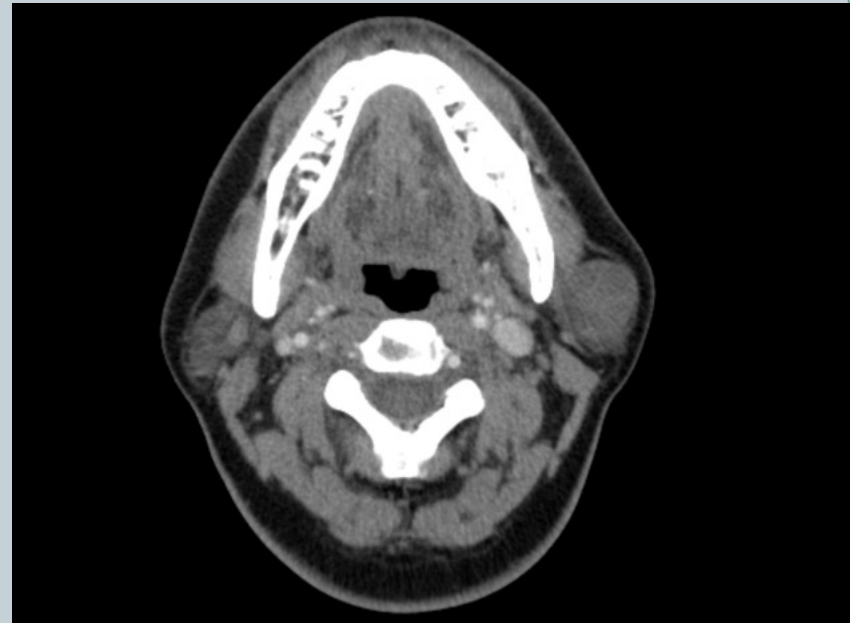
El ultrasonido también es útil en guiar la biopsia en casos de FNAC (Fine Needle Aspiration Cytology) y se usa para obtener biopsias CORE pero necesita ser realizado con cuidado para no dañar el nervio facial.



TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA

Aunque los hallazgos dependen del tamaño del tumor. En general, estos tumores se presentan como masas redondeadas, bien circunscritas, más frecuentemente localizadas en parótida.

- Se observa como **una masa homogénea esférica** bien delimitada o lobulada. Lesiones de mayor tamaño pueden ser heterogéneas e incluso presentar focos de necrosis central.



RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA



- Se observan como tumores bien circunscritos y homogéneos cuando son pequeñas y grandes tumores pueden ser heterogéneos.
- **T1: usualmente de baja intensidad**
- **T2: usualmente de alta intensidad (especialmente cuando es mixoide)**
- T1 C+ (Gd): usualmente demuestra mejoramiento homogéneo

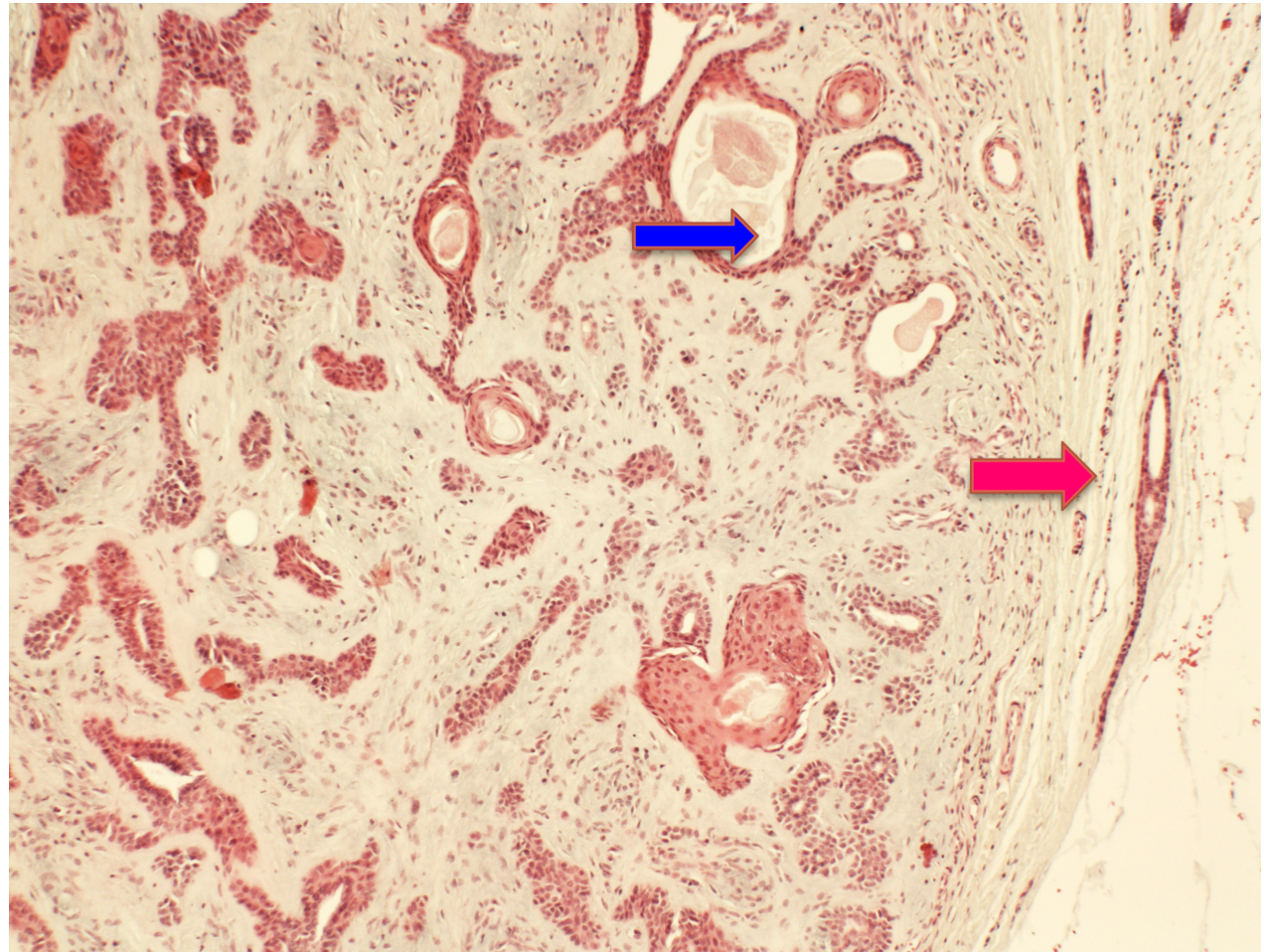


Adenoma Pleomórfico

Características
histopatológicas:

Tumor encapsulado,
pero con cápsula
incompleta o infiltrada
(flecha roja).

Proliferación epitelial
con formación de áreas
ductales que tienen un
material eosinofílico en
el centro (flecha azul) y
proliferación
mioepitelial.

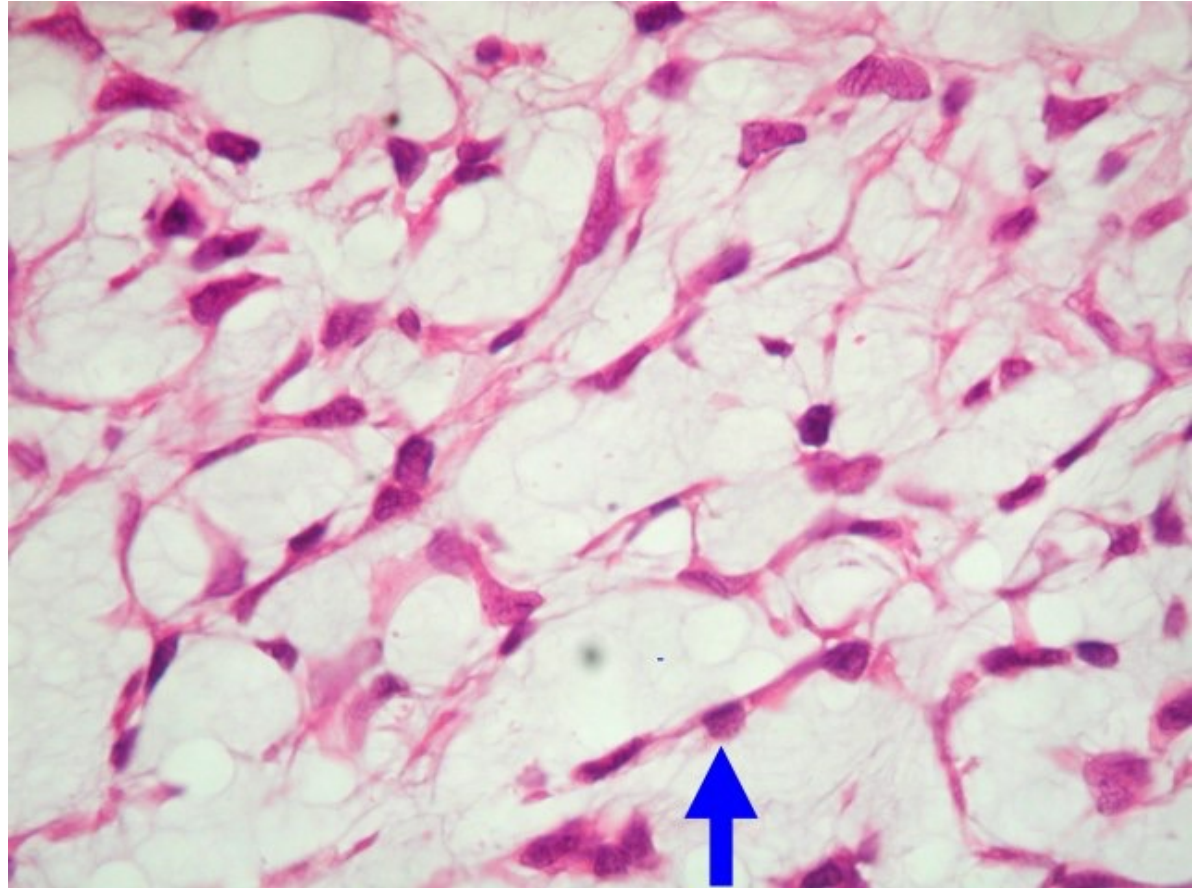


Adenoma Pleomórfico

Características
histopatológicas:

Áreas ductales,
mixoides, hialinas,
condroide, osteoide.

Células alargadas,
células plasmocitoides,
células cúbicas.





Adenoma Pleomórfico

Tratamiento:

Cirugía excisional pero debido a la tendencia al desborde de la cápsula debe ser con cirugía amplia.

No se recomienda biopsia incisional sino EXCISIONAL

Adenoma Pleomórfico

Pronóstico:

- Con adecuada cirugía es excelente, y es su curación en más del 95%. La enucleación conservativa en parótida se asocia con recurrencias.
- Existe el riesgo de malignización, con la ocurrencia del denominado Carcinoma Ex Adenoma pleomórfico, bajo y menos de 5%.

Caso clínico 1

- Paciente sexo femenino
- 13 años de edad
- Sin antecedentes de enfermedades sistémicas.
- Consulta a la clínica odontológica por control de caries.
- Al examen intraoral la dentista nota un aumento de volumen en el paladar. Ella relata que siente un aumento de volumen en el paladar hace unos cinco meses.
- Indoloro

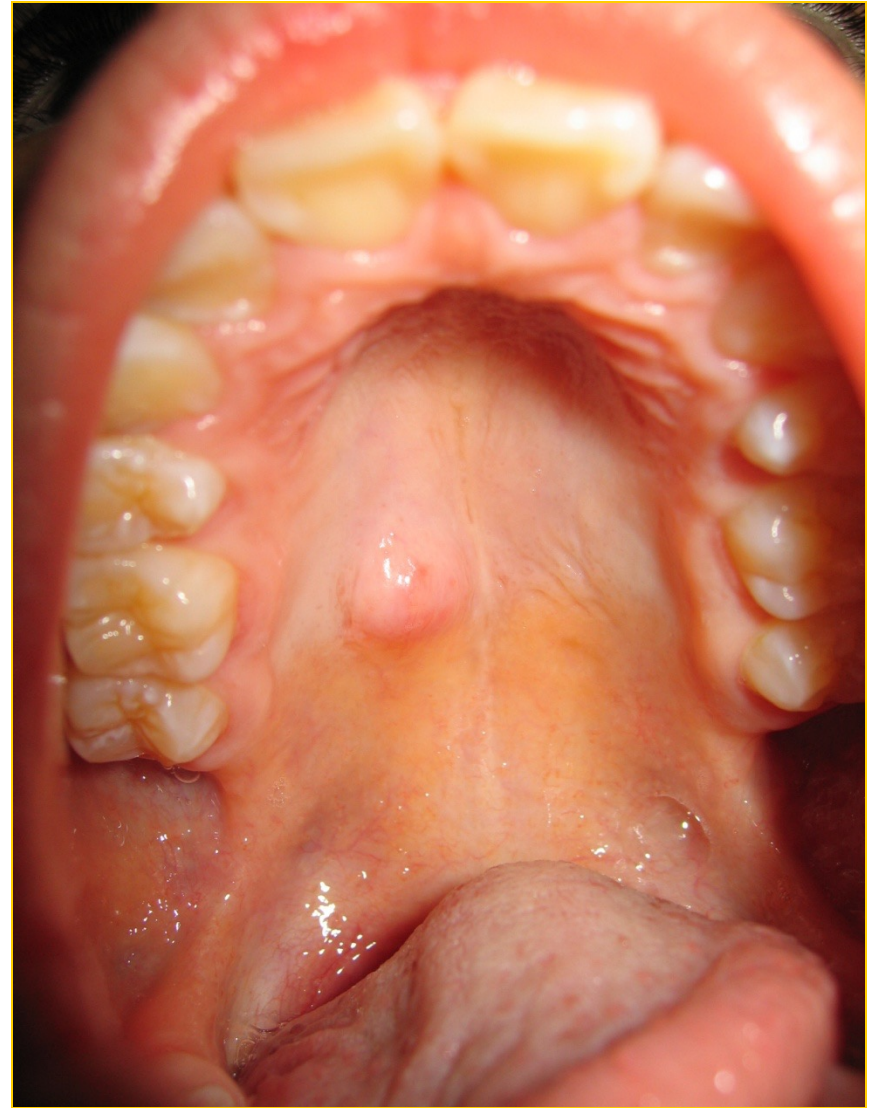
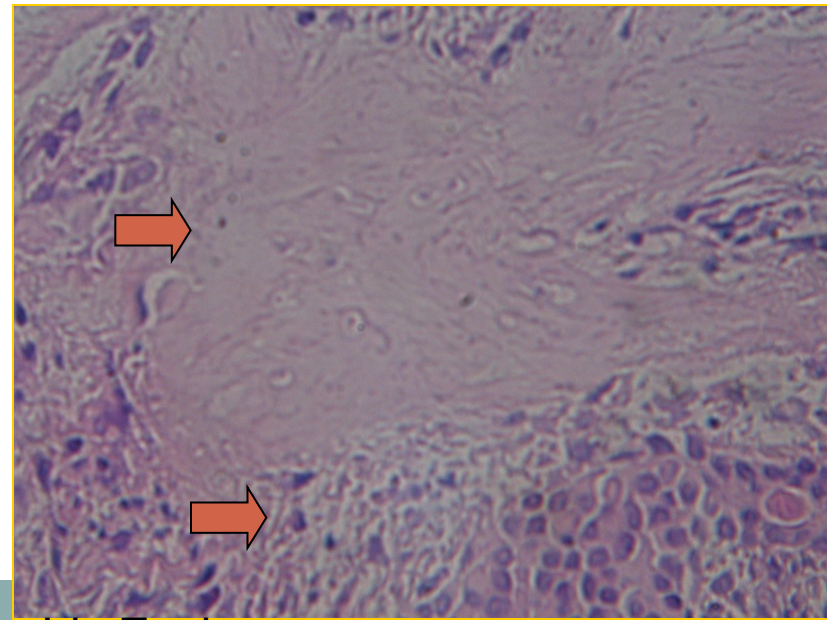
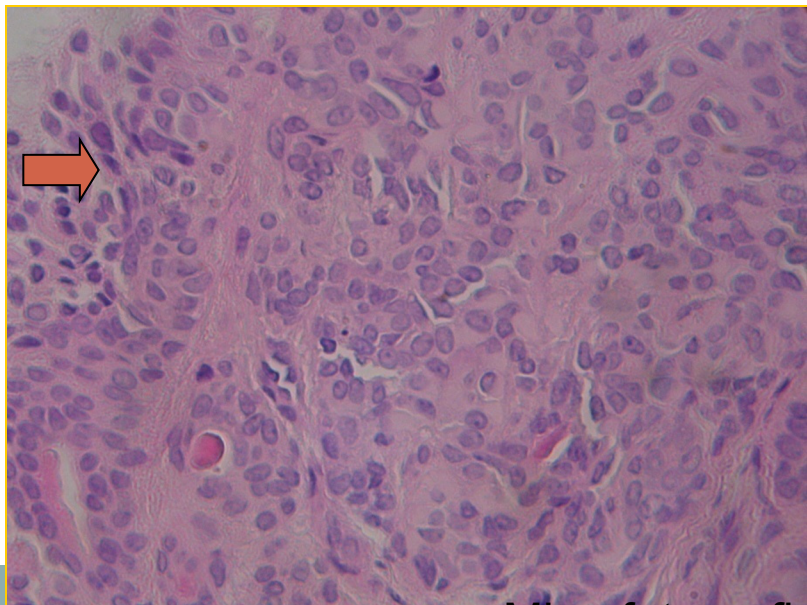
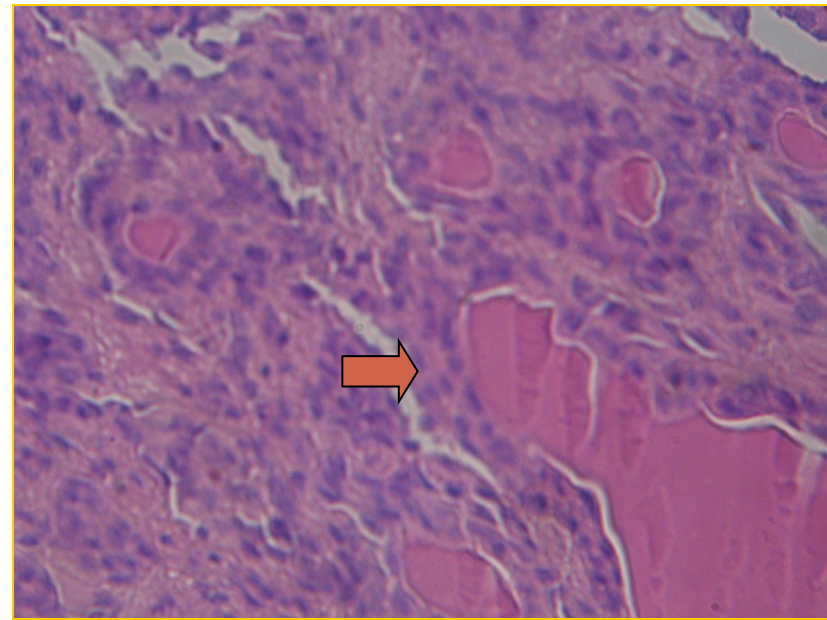
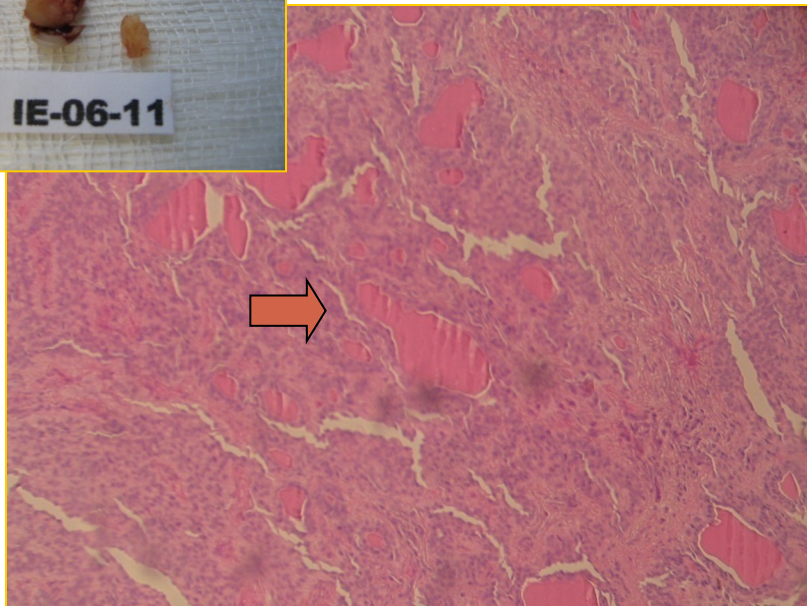
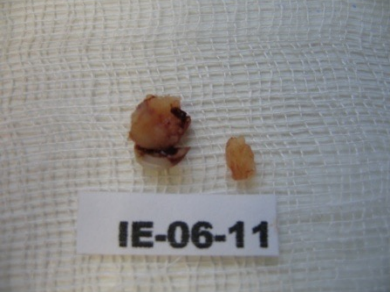


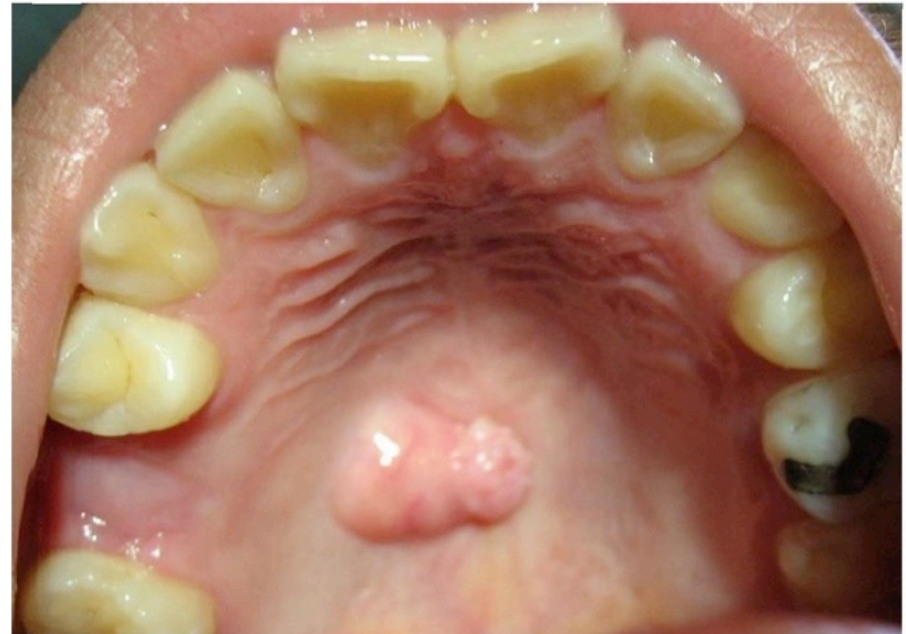
Foto gentileza Dr. Liberto Figueroa. Cirujano-máxilofacial

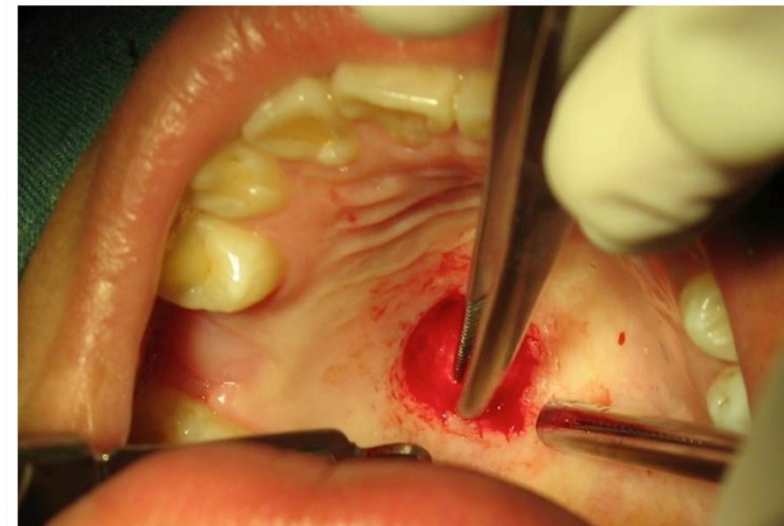
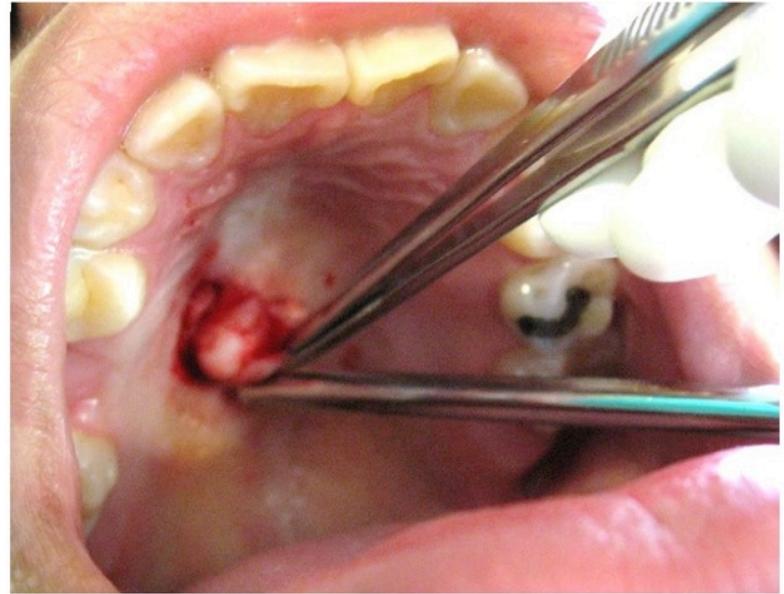
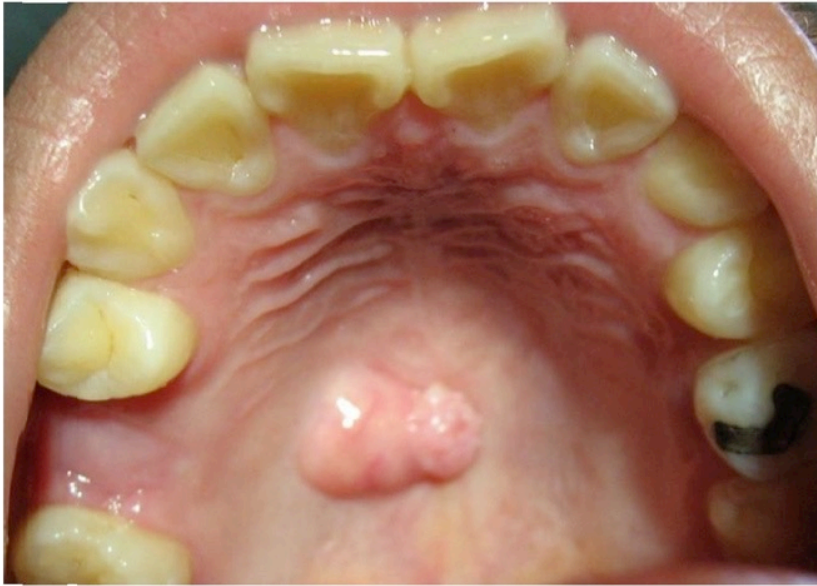


Caso clínico 2

Paciente 15 años, género femenino, consulta por un aumento de volumen en el paladar sin causa aparente.

Al examen clínico se aprecia un tumor de consistencia firme, límites definidos, no adherido a planos profundos y con una superficie, en parte, lisa y brillante, y en otro sector irregular (verrucoso).



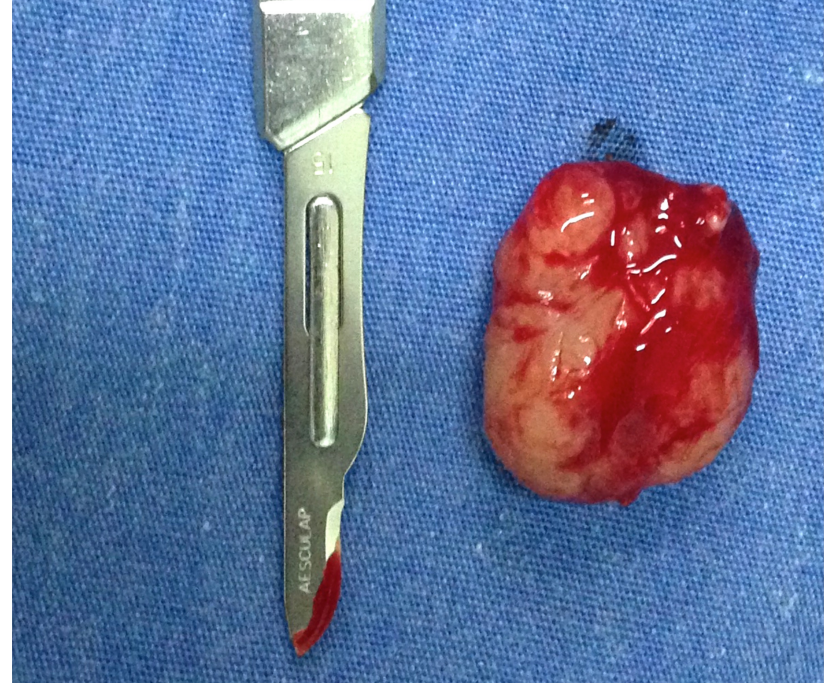


Caso clínico 3

Examen intraoral: aumento de volumen de forma redondeada con zonas rojo-violáceas, bien delimitado, consistencia elastica-firme. Se aprecia una zona hiperqueratosis con la impronta dentaría. La superficie tiene telangectasias, y abarca desde el labio, comisura, hasta zona del primer molar.







El diagnóstico fue Adenoma Pleomorfo, límites sanos en la muestra.

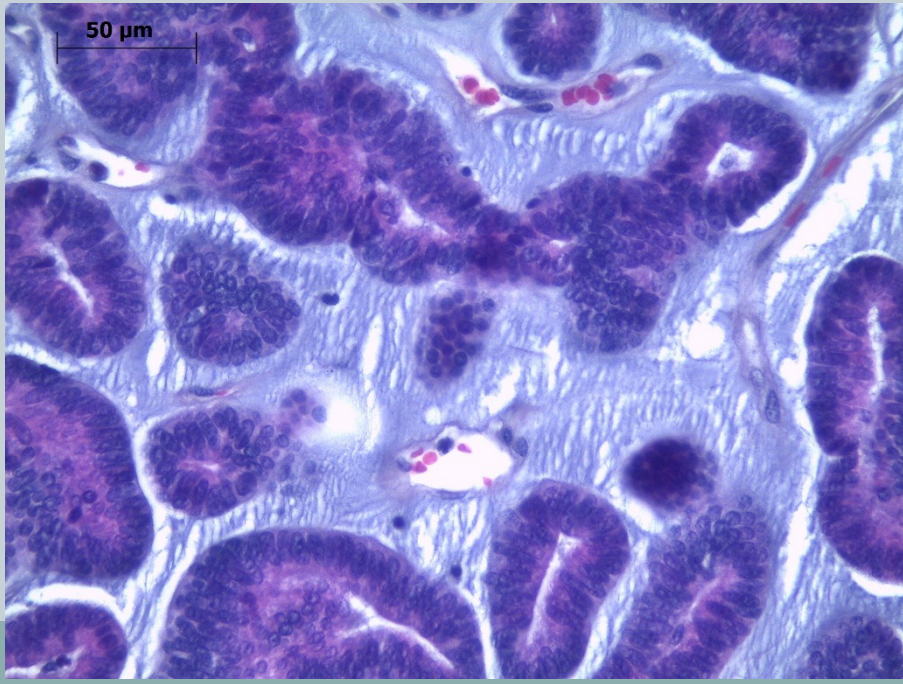
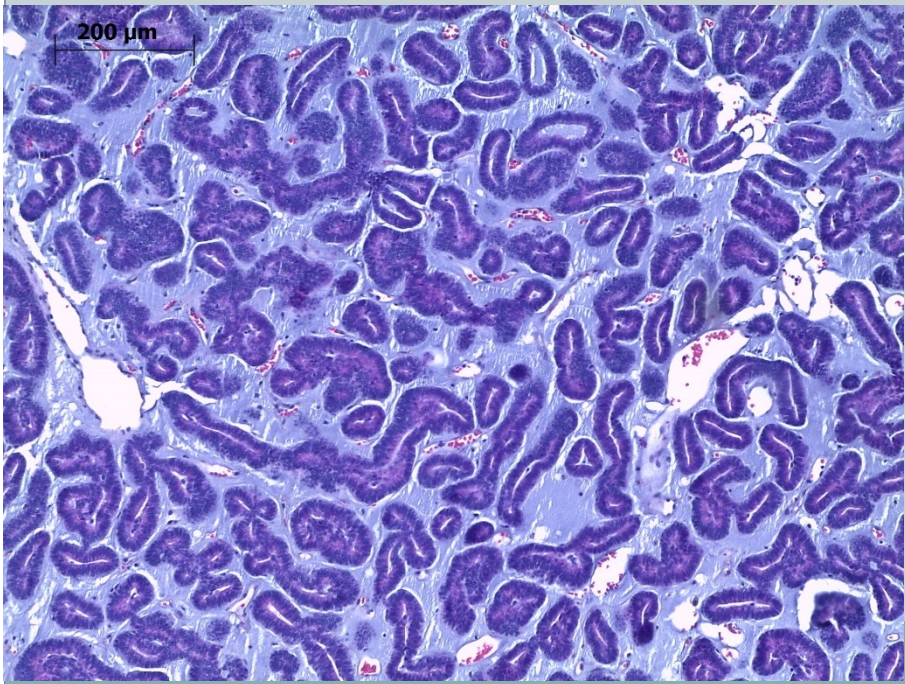
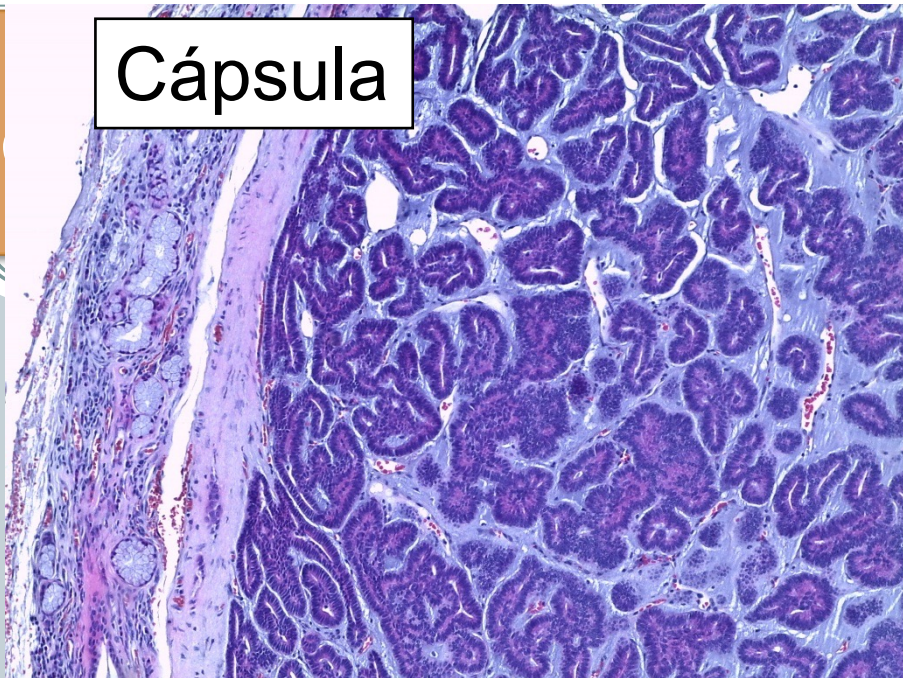
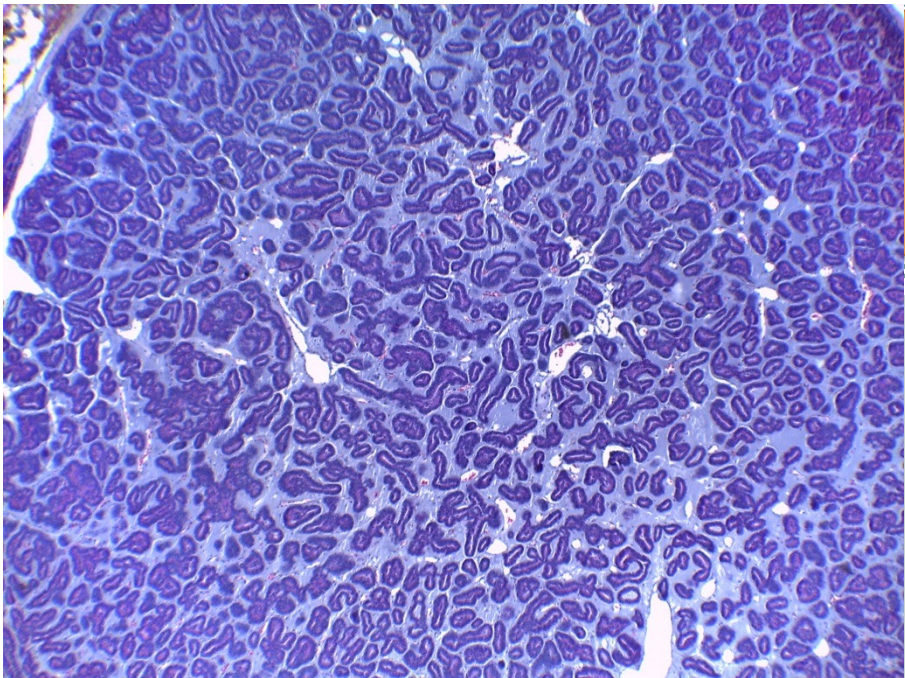
Adenoma canalicular

- Es un tumor poco común que ocurre casi exclusivamente en las glándulas salivales menores.
- Localización: casi exclusiva predilección por el labio superior (75% de los casos), en segundo lugar en mucosa bucal. En otras localizaciones es casi inexistente. Normalmente es el segundo en frecuencia después del adenoma pleomórfico.
- Clínica: masa de crecimiento lento e indoloro, de consistencia firme o fluctuante, y tamaño desde algunos mm a 2 cms. La mucosa que lo cubre está normal. Se puede confundir con mucocèle sin embargo, los mucocèles del labio superior son extremadamente raros.

Adenoma canalicular

Características histológicas:

- La proliferación monótona forma cordones de una capa de células cúbicas o cilíndricas, con núcleos muy basofílicos. En ocasiones pueden observarse dos capas de células.
- Estos cordones monótonos delimitan múltiples ductos o canalículos, y están rodeadas por tejido conjuntivo laxo con una prominente vascularización.
- El tumor está rodeado por una cápsula delgada.
- A diferencia del adenoma pleomórfico no se observan variaciones estromales como la proliferación condroide.



Caso 1

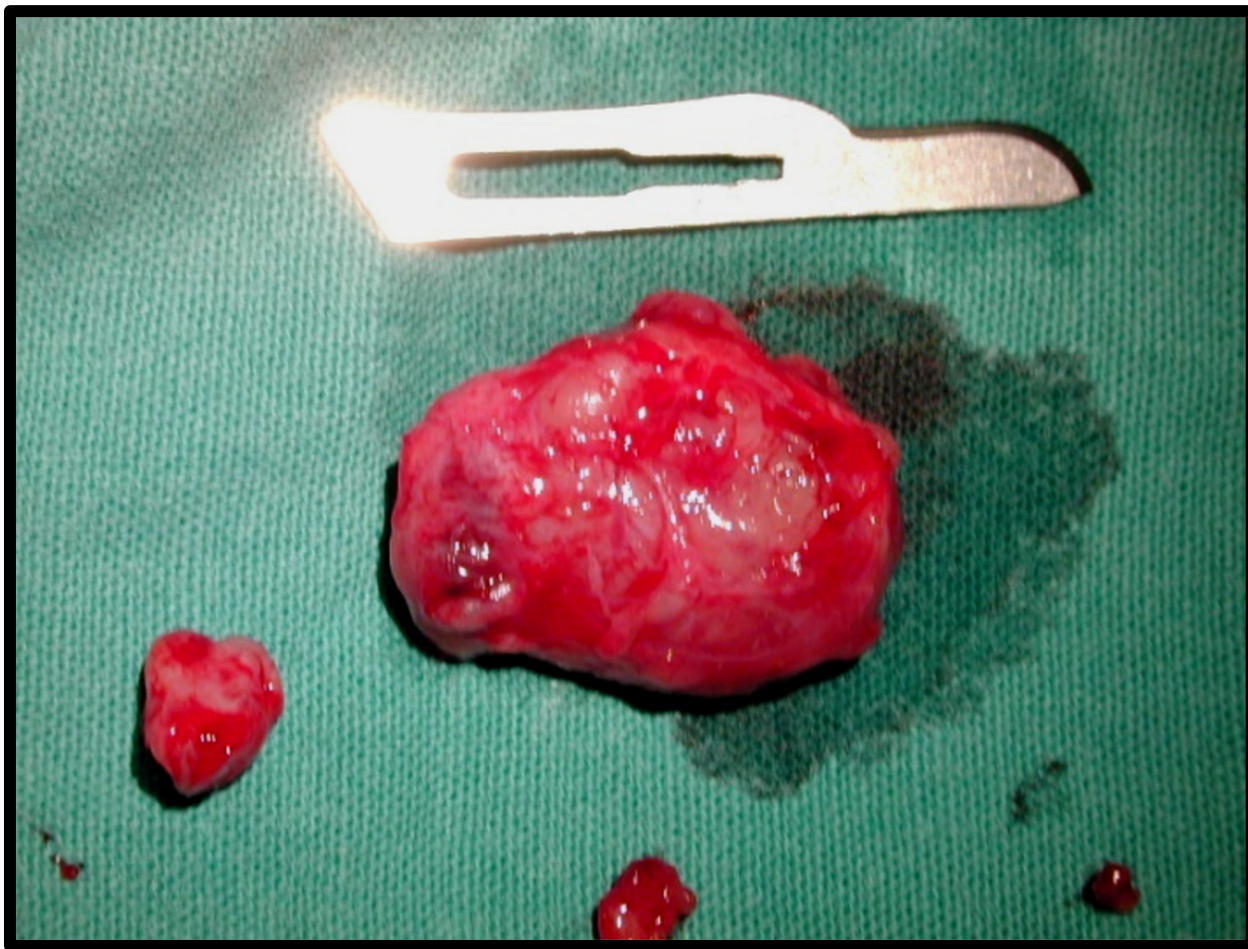
- **Mujer de 72 años
con tumoración de
mas de tres años**



Caso 1



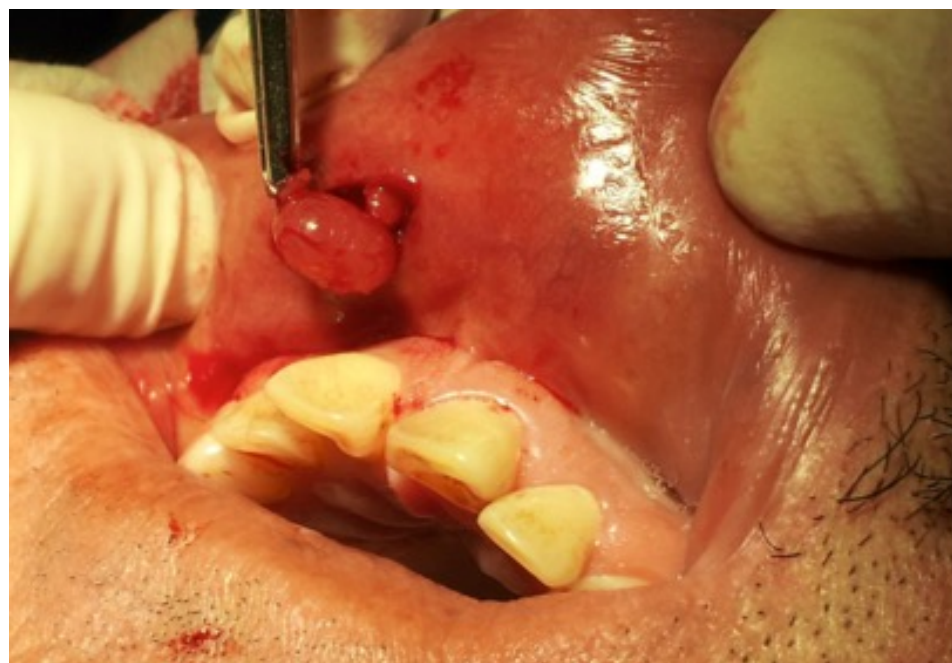
Caso 1



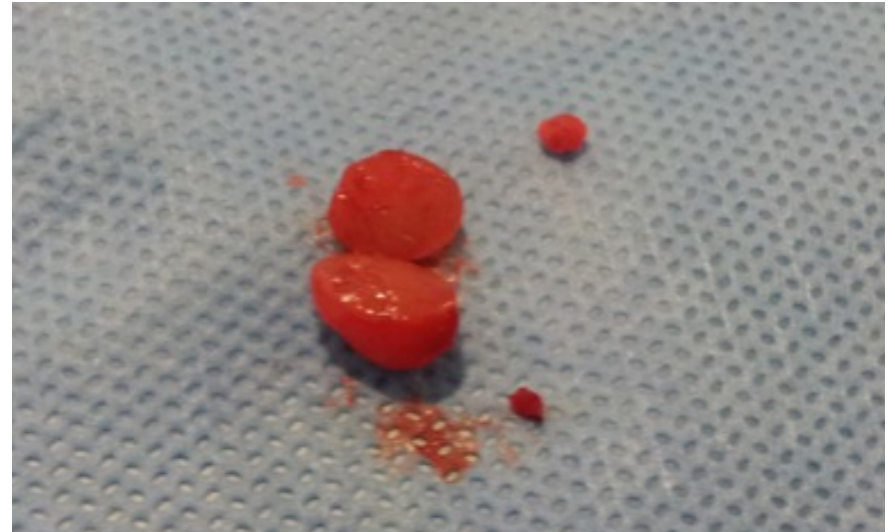
Caso 2

- Hombre 63 años, reflujo gastroesofágico. Fumador.
- Motivo de consulta: Relata que desde hace algunas semanas nota “hinchazón” en el labio superior que no le ocasiona mayores molestias, pero le preocupa pues no sabe que podría ser.
- Examen clínico: lesión nodular, que rueda bajo la superficie de la mucosa del labio superior. La mucosa que lo recubre es normal.

Caso 2



Caso 2

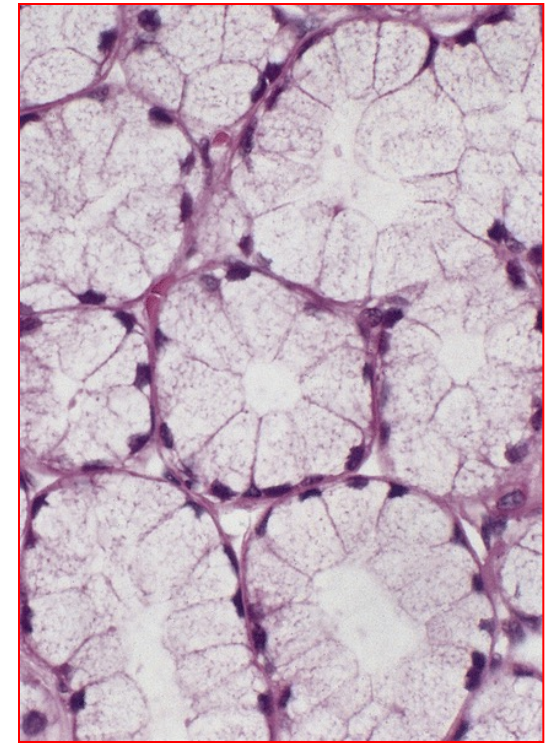
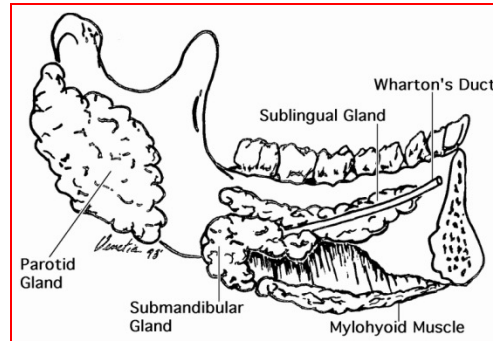
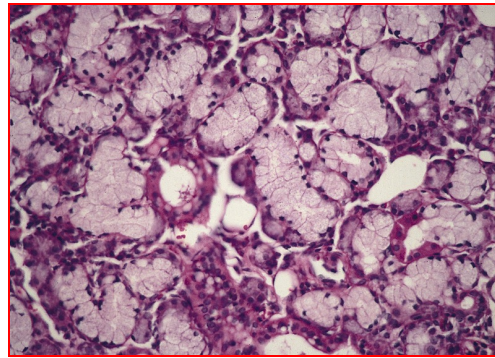
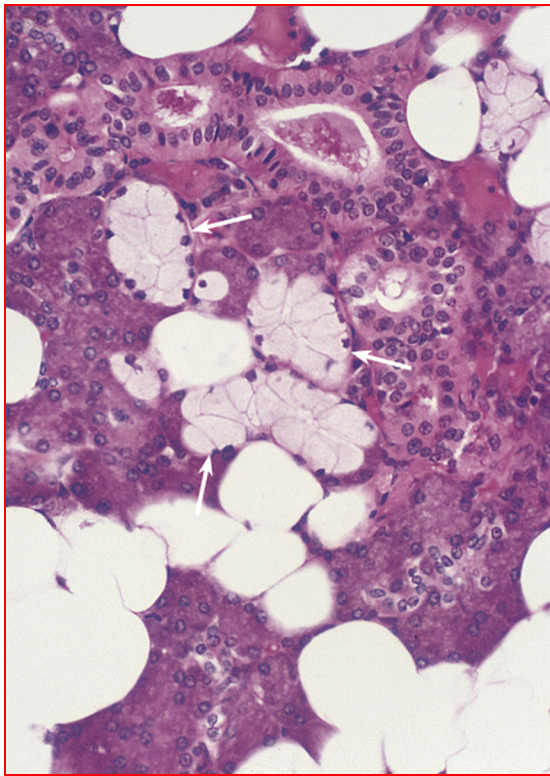


Bien delimitado y con cápsula

Adenoma canalicular

Tratamiento:

- **Cirugía excisional**
- **Recurrencia es poco común**

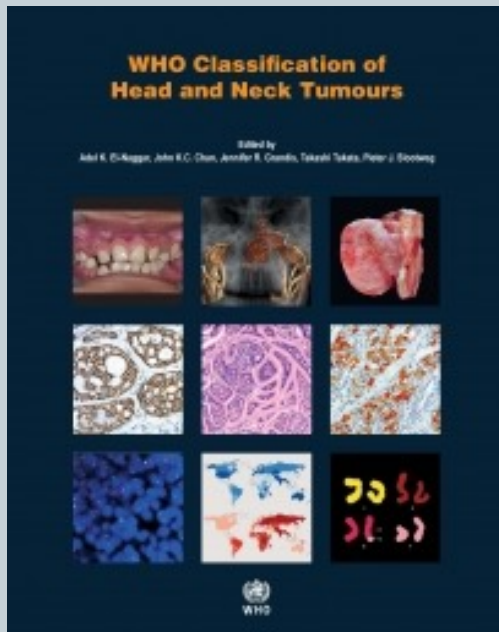


Neoplasias epiteliales malignos de glándulas salivales

Clase: Dra. Iris Espinoza Santander
 lespinoz@u.uchile.cl

Tumores epiteliales malignos

2017



WHO Classification of Salivary Gland Tumors 2017

Malignant tumours		Basal cell adenoma		8147/0
<i>Adenoid cell carcinoma</i>		8550/3	Warthin tumour	8561/0
Secretory carcinoma	8502/3	Oncocytoma	8290/0	
Mucoepidermoid carcinoma	8430/3	Lymphadenoma	8563/0	
Adenoid cystic carcinoma	8200/3	Cystadenoma	8440/0	
Polymorphous adenocarcinoma	8525/3	Sialadenoma papilliferum	8406/0	
Epithelial-myoepithelial carcinoma	8562/3	Ductal papillomas	8503/0	
Clear cell carcinoma	8310/3	Sebaceous adenoma	8410/0	
Basal cell adenocarcinoma	8147/3	Canalicular adenoma and other ductal adenomas	8149/0	
Sebaceous adenocarcinoma	8410/3			
Intraductal carcinoma	8500/2	Other epithelial lesions		
Cystadenocarcinoma	8440/3	Sclerosing polycystic adenosis		
Adenocarcinoma, NOS	8140/3	Nodular oncocytic hyperplasia		
Salivary duct carcinoma	8500/3	Lymphoepithelial lesions		
Myoepithelial carcinoma	8982/3	Intercalated duct hyperplasia		
Carcinoma ex pleomorphic adenoma	8941/3			
Carcinosarcoma	8980/3	Soft tissue lesions		
Poorly differentiated carcinoma:		Haemangioma	9120/0	
Neuroendocrine and non-neuroendocrine		Lipoma/sialolipoma	8850/0	
Undifferentiated carcinoma	8020/3	Nodular fasciitis	8828/0	
Large cell neuroendocrine carcinoma	8013/3			
Small cell neuroendocrine carcinoma	8041/3	Haematolymphoid tumours		
Lymphoepithelial carcinoma	8082/3	Extranodal marginal zone lymphoma of MALT	9699/3	
Squamous cell carcinoma	8070/3			
Oncocytic carcinoma	8290/3			
Borderline tumour				
Sialoblastoma	8974/1			
Benign tumours				
Pleomorphic adenoma	8940/0			
Myoepithelioma	8982/0			

The morphology codes are from the International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) [742A]. Behaviour is coded /0 for benign tumours; /1 for unspecified, borderline, or uncertain behaviour; /2 for carcinoma in situ and grade III intraepithelial neoplasia; and /3 for malignant tumours. The classification is modified from the previous WHO classification, taking into account changes in our understanding of these lesions.

*These new codes were approved by the IARC/WHO Committee for ICD-O.

Italics: Provisional tumour entities. **Grading according to the 2013 WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone.

The morphology codes are from the International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) [742A]. Behaviour is coded /0 for benign tumours; /1 for unspecified, borderline, or uncertain behaviour; /2 for carcinoma in situ and grade III intraepithelial neoplasia; and /3 for malignant tumours. The classification is modified from the previous WHO classification, taking into account changes in our understanding of these lesions. *These new codes were approved by the IARC/WHO Committee for ICD-O. †Italic: Provisional tumour entities. **Grading according to the 2013 WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone.

- **Se incorpora el Carcinoma Secreto o MASC (Carcinoma Secreto Analogo Mamario)**
- Se cambia nombre de Adenocarcinoma Polimorfo de Bajo Grado por Adenocarcinoma Polimorfo (que incluye como variante el Carcinoma Cribiforme de Lengua)
- Se agrega carcinoma intraductal
- Se separa Sialoblastoma como a un grupo Border line

Carcinoma mucoepidermoide

Epidemiología: es la neoplasia maligna de glándulas salivales más común en niños y adultos. Muestra una amplia distribución por edad, pero su edad promedio de diagnóstico es 45 años.

Existe una mayor predilección en mujeres 3:2, más alta en mujeres en la zona de lengua y retromolar.

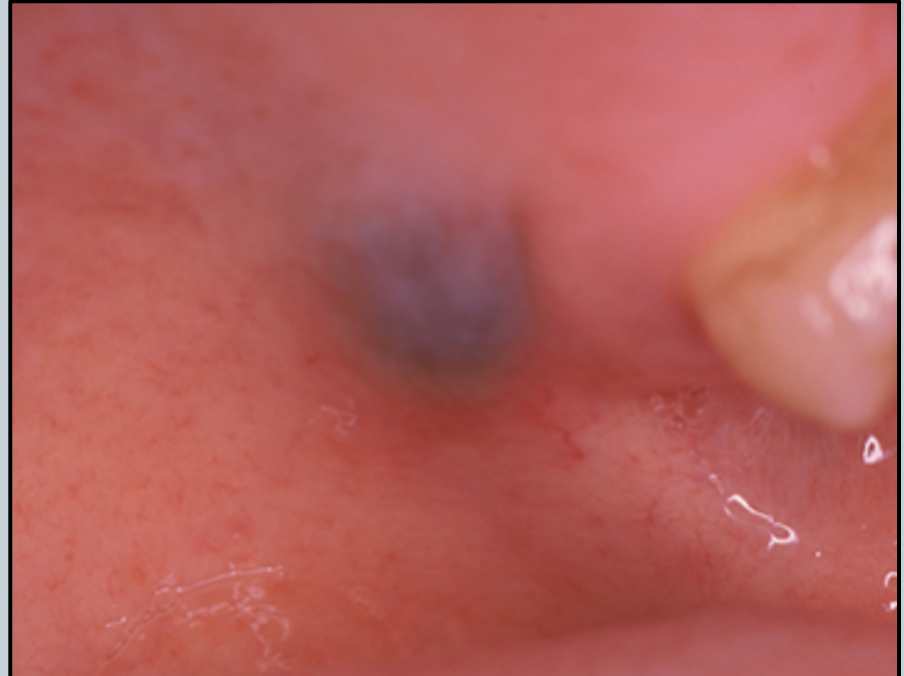
Aproximadamente el 53% ocurre en glándulas salivales mayores, especialmente en parótida. En glándulas intraorales la localización más frecuente es paladar seguido por mucosa oral.

Carcinoma mucoepidermoide

En parótida: aumento de volumen indoloro. Cuando se presentan síntomas estos pueden ser compromiso de la sensibilidad, dolor, disfagia, trismus o parálisis del nervio facial.

En glándulas menores: aumento de volumen asintomático, puede tener aspecto de tumor o nódulo movable o fijo a tejidos. Cuando la neoplasia es superficial puede presentarse fluctuante y con un color rojo o azul y en esas ocasiones es a menudo confundida con mucocele o con una lesión vascular.

Carcinoma Mucoepidermoide







Carcinoma mucoepidermoide



Caso clínico del mes
Facultad de Odontología de la
Universidad de Chile

Carcinoma mucoepidermoide

Diseminación neoplásica:

Tumores malignos de parótida se diseminan a los ganglios linfáticos preauriculares y región submandibular.

Los carcinomas mucoepidermoides de la glándula submaxilar diseminan a las cadenas ganglionares de la zona yugular superior y submandibular.

Las lesiones de glándulas salivales menores pueden diseminar a ganglios submaxilares y postauriculares.

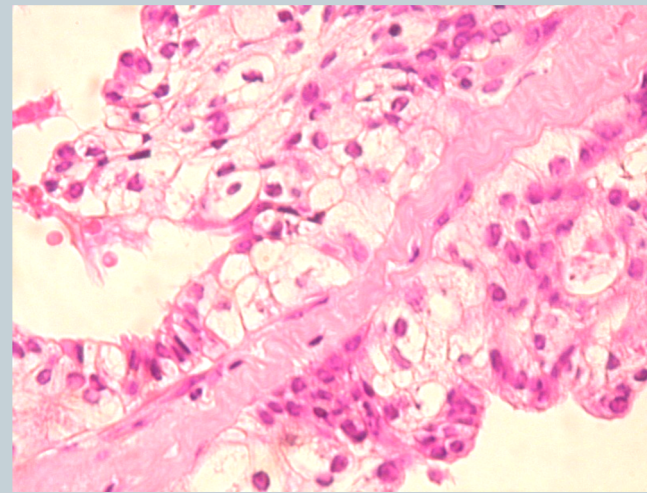
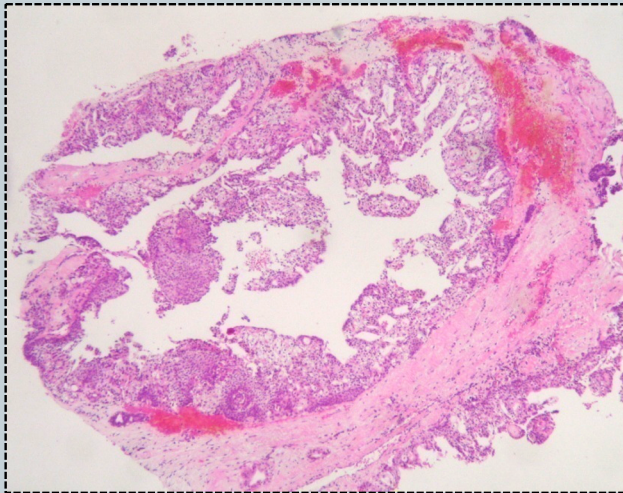
Las lesiones del paladar pueden extenderse localmente hacia el tracto respiratorio superior.

Las metastasis a distancia pueden ser a pulmón, hígado, huesos y cerebro.

Carcinoma mucoepidermoide

Características histológicas:

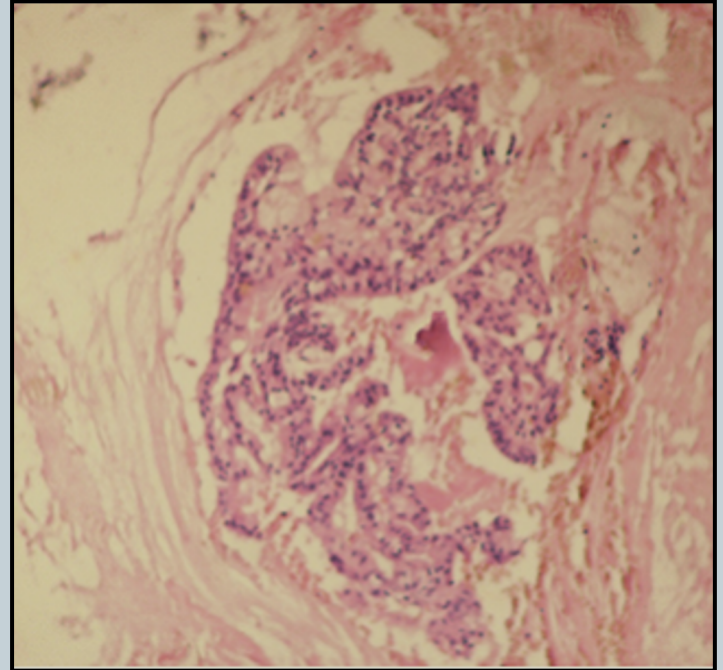
- Está formado por una mezcla de células productoras de mucus y de células escamosas (epidermoides) y un tercer tipo de células intermedias (basaloide en apariencia y se considera la precursora de las otras células). Algunos además presentan células claras.



Carcinoma Mucoepidermoide



Carcinoma Mucoepidermoide

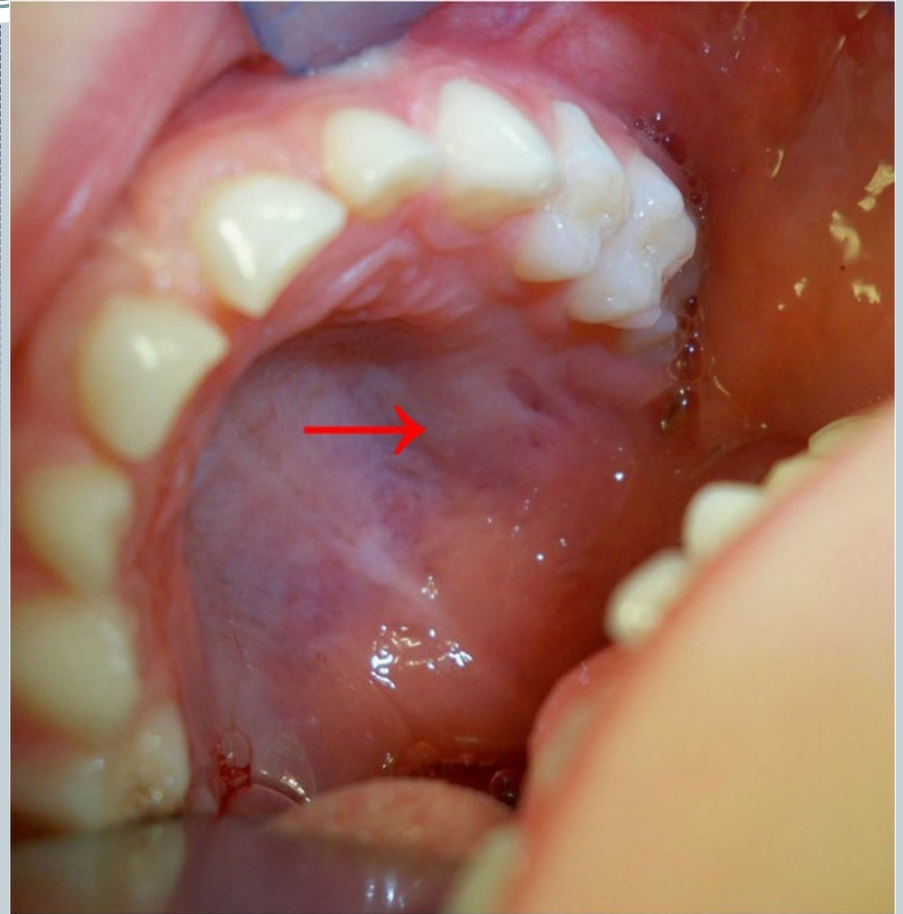


No solo en adultos y adultos
mayores



Carcinoma Mucoepidermoide

- Una niña de 5 años ingresó en a centro con un Carcinoma mucoepidermoide del paladar duro izquierdo confirmado histológicamente. Incisión primaria para drenaje de un supuesto absceso y biopsia secundaria realizada en otro lugar 14 días antes..



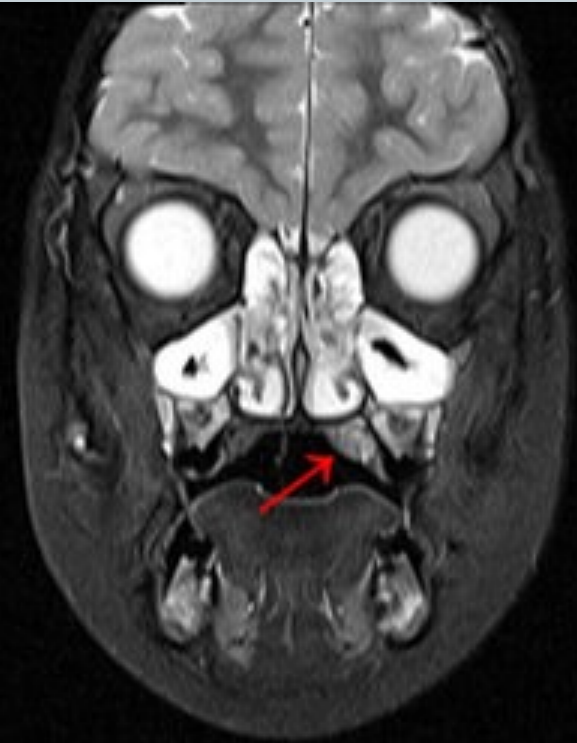
Mucoepidermoid carcinoma of the left posterior hard palate appearing as a pale bluish-purple lump (arrow). A former incision scar is still visible

Carcinoma Mucoepidermoide

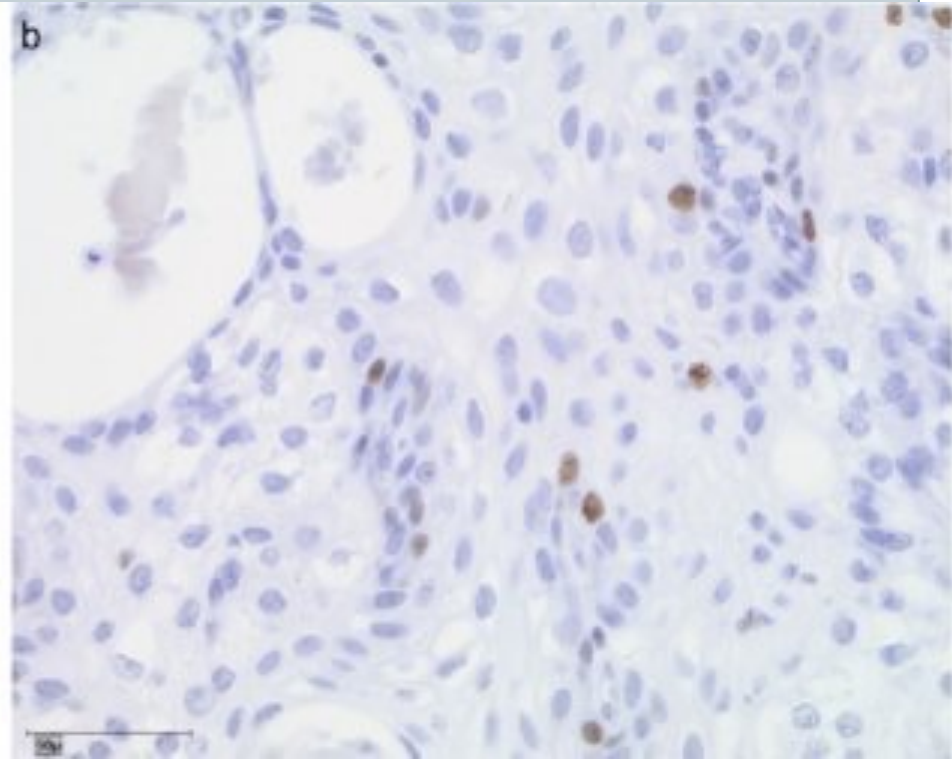
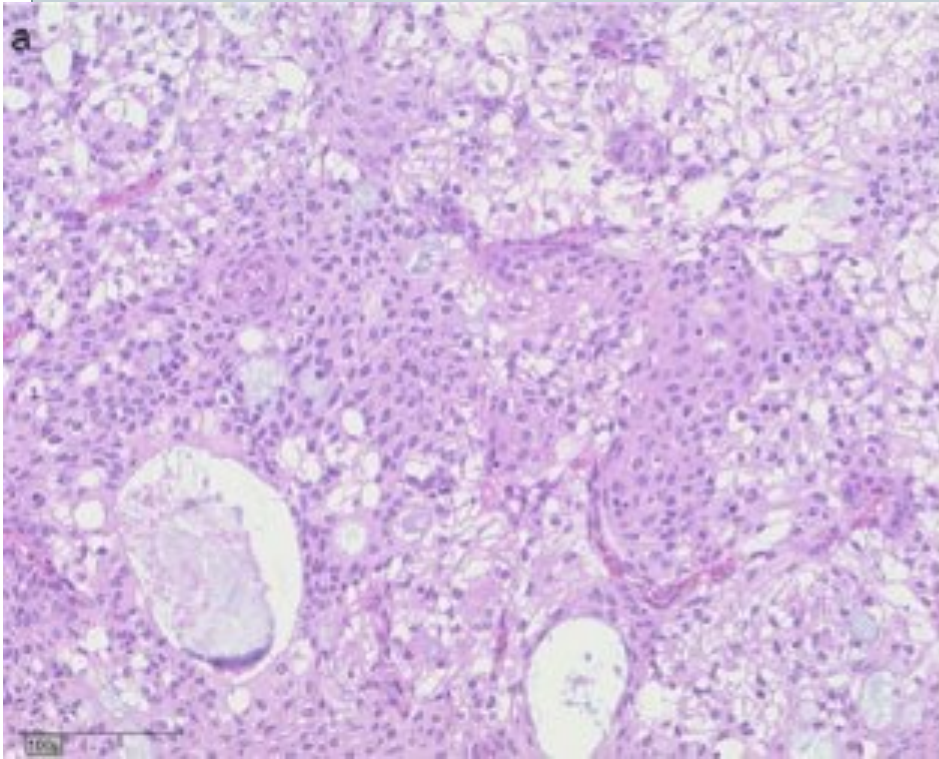
a



b



Carcinoma Mucoepidermoide



Photomicrograph of the MEC showing typical histopathological findings. Tumor composed of solid, clustered sheets of cells with squamous differentiation, areas of mucous and clear cells, and embedded mucous pseudocyst formations (hematoxylin-eosin staining). b Staining for Ki67 revealed a mitosis rate of 5 %, classifying the MEC as low grade

Carcinoma Mucoepidermoide.

3 tipos según sus características histológicas:

1. Tumores de bajo grado: presentan una alta proporción de células mucosas y formación de espacios ductales y tipo quísticos con mucus. Pocas células epidermoides.
2. Tumores de alto grado: islas sólidas de células escamosas, las cuales pueden mostrar considerable pleomorfismo y actividad mitótica. Las células mucosas son escasas y se pueden confundir con CEC. Los espacios quísticos son escasos.
3. Tumor de grado intermedio: formación quística poco prominente, predominan células intermedias.

Carcinoma mucoepidermoide



CME GRADO MALIGNIDAD	
ALTO GRADO MALIGNIDAD	BAJO GRADO MALIGNIDAD
Lesión tumoral de CRECIMIENTO RÁPIDO	Lesión tumoral de CRECIMIENTO LENTO
INDOLORO	INDOLORO
INVASIVO	NO INVASIVO
METASTASIS A DISTANCIA (Ganglios linfáticos, pulmón y hueso)	NO METÁSTASIS
HISTOLOGÍA: CELULAS ESCAMOSAS	HISTOLOGÍA: CELULAS MUCOSAS
SUPERVIVENCIA: de 5 - 15ª es de 25 - 50%	SUPERVIVENCIA: de 5 - 15ª es de 50 - 70%

Carcinoma mucoepidermoide



- Tratamiento, depende del grado histológico, localización y estadio clínico (tamaño y compromiso)
- Cirugía con margen de seguridad, parotidectomía. En glándulas salivales menores, si está comprometido el hueso subyacente este debe ser eliminado. Puede ser necesario radioterapia.

Carcinoma Adenoide Quístico



Epidemiología: mayor frecuencia en paladar seguida por lengua. Ocorre en cualquier edad pero es más común el diagnóstico en adultos de edad media.

Características clínicas: tumor que en un comienzo es indoloro y luego puede doler debido a la predisposición de este tumor a realizar una infiltración perineural. En paladar comunmente se ulcera.

Carcinoma Adenoide Quístico

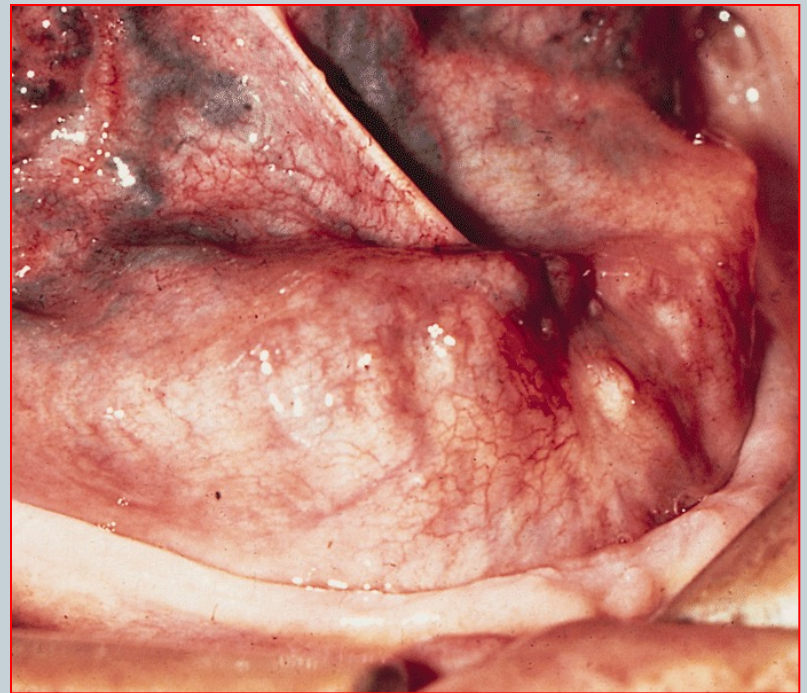
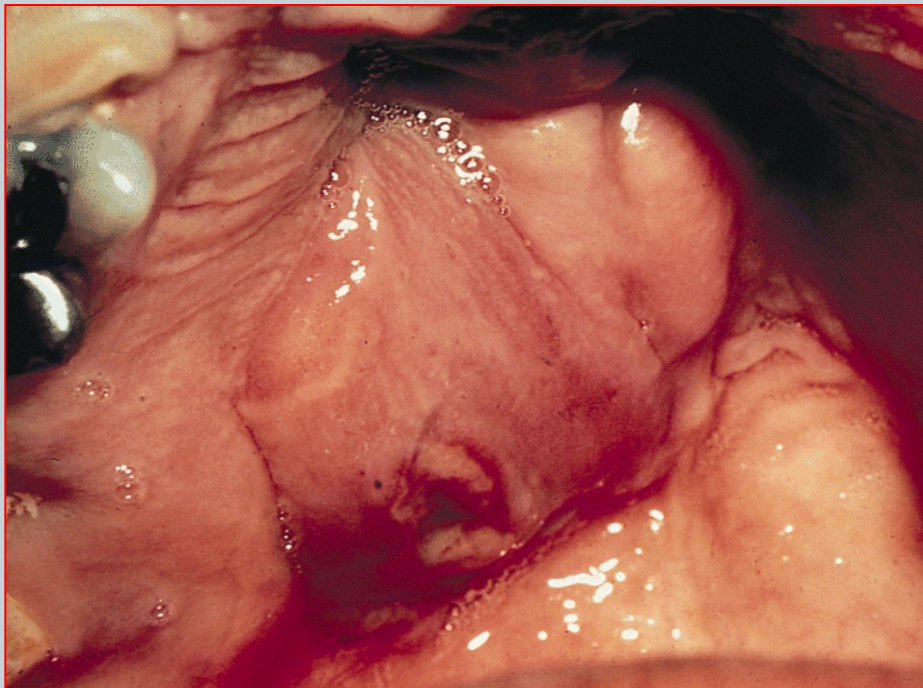


Características clínicas:

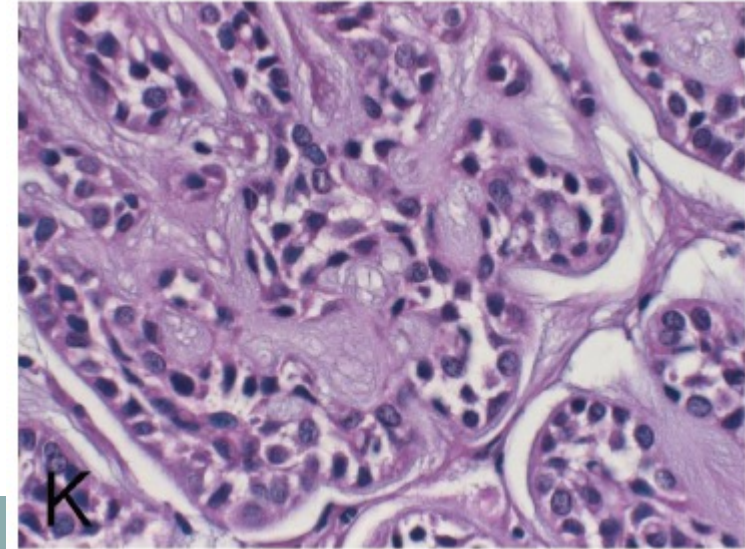
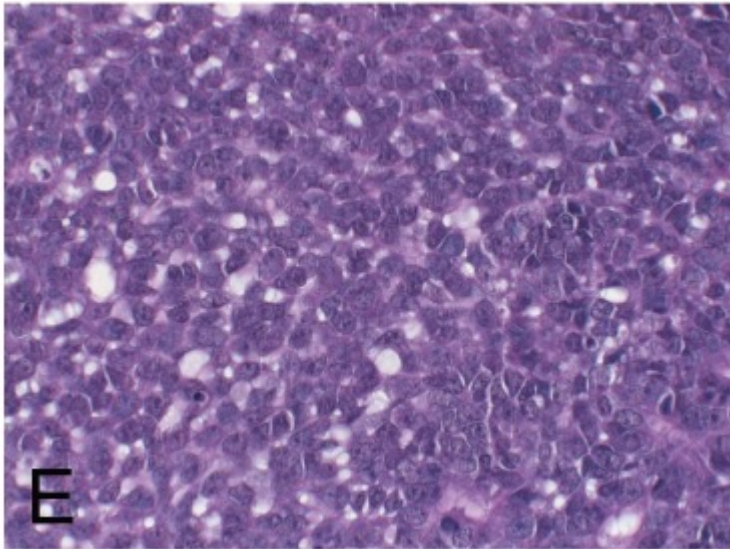
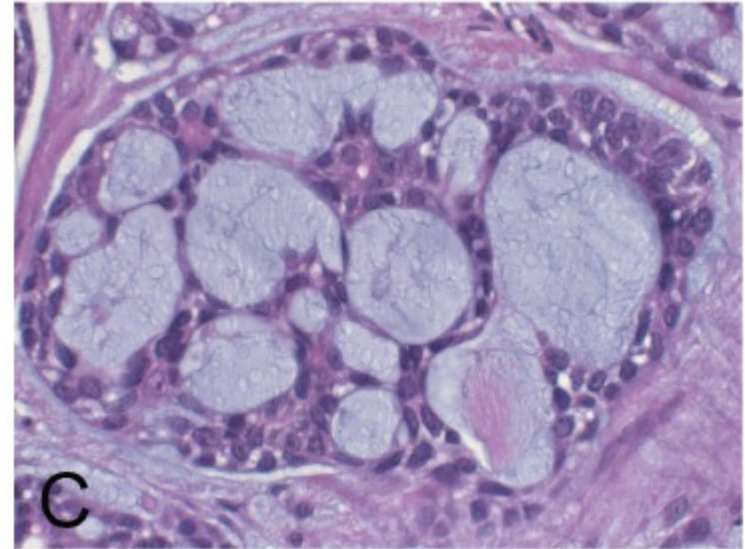
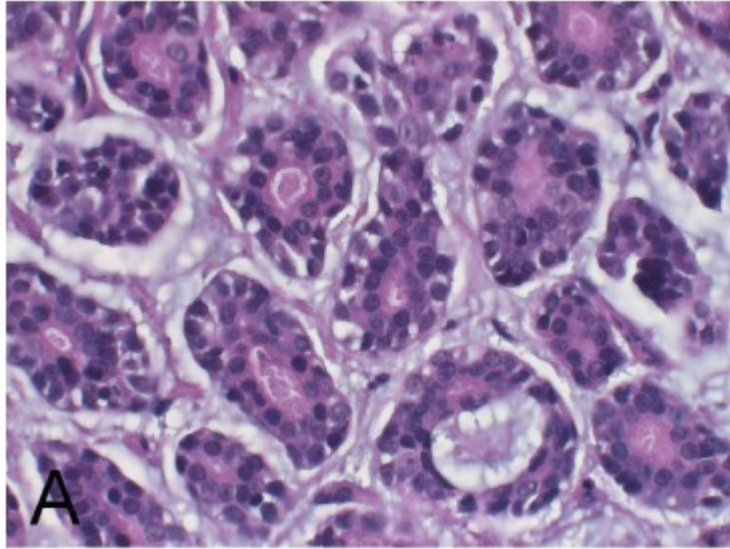
- Ocurre en cualquier glándula salival, pero el 50% en gl. salivares menores. El paladar es el lugar más afectado.
- Más común en la edad media.
- Generalmente es una masa de lento crecimiento.
- El **dolor** es una de sus características más importantes.
- Puede desarrollarse parálisis del nervio facial cuando afecta la parótida.



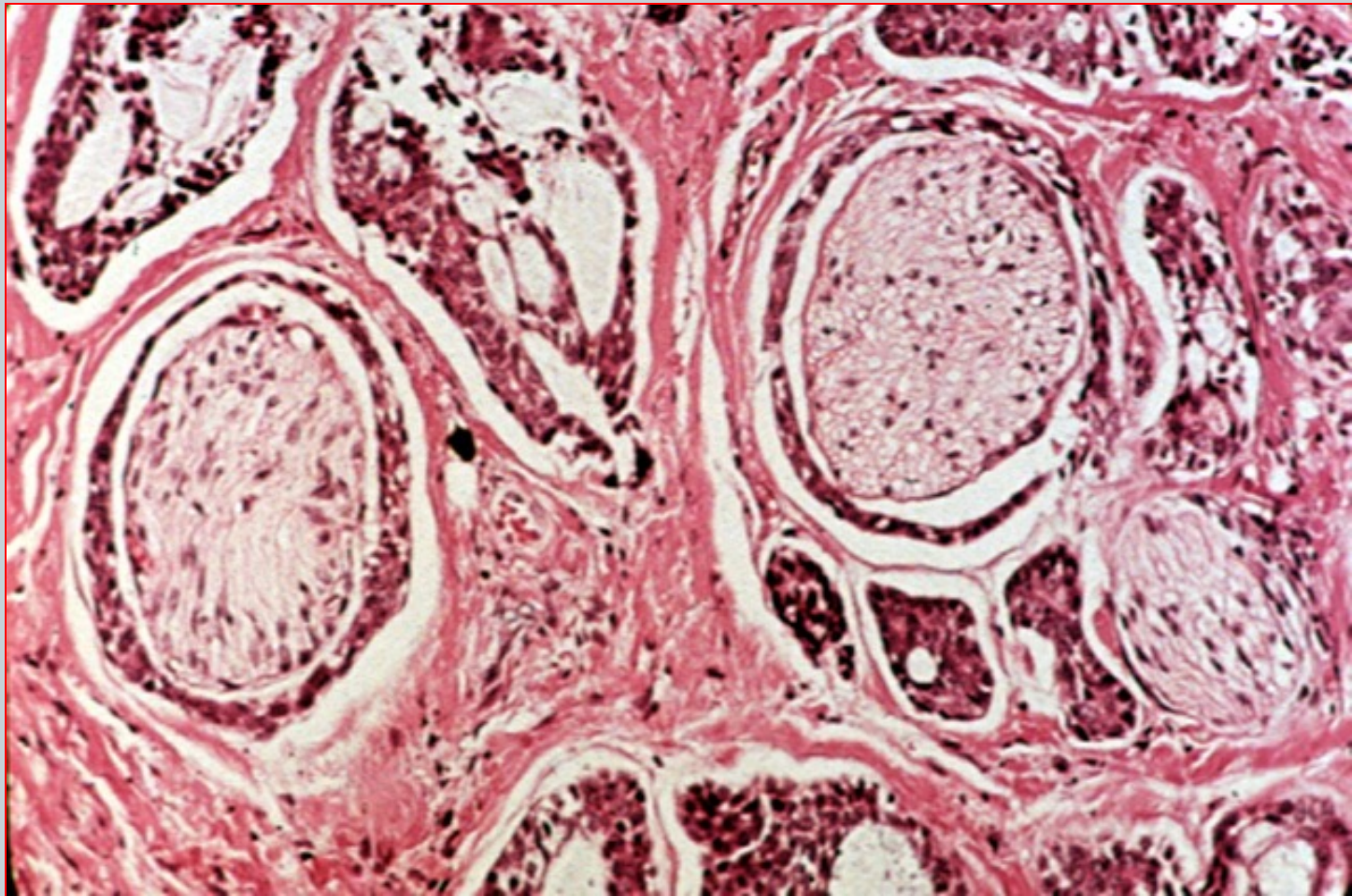
Carcinoma Adenoide Quístico



Carcinoma Adenoide Quístico



Carcinoma adenoide quístico



Infiltración perineural

Carcinoma Adenoide Quístico



Pronóstico:

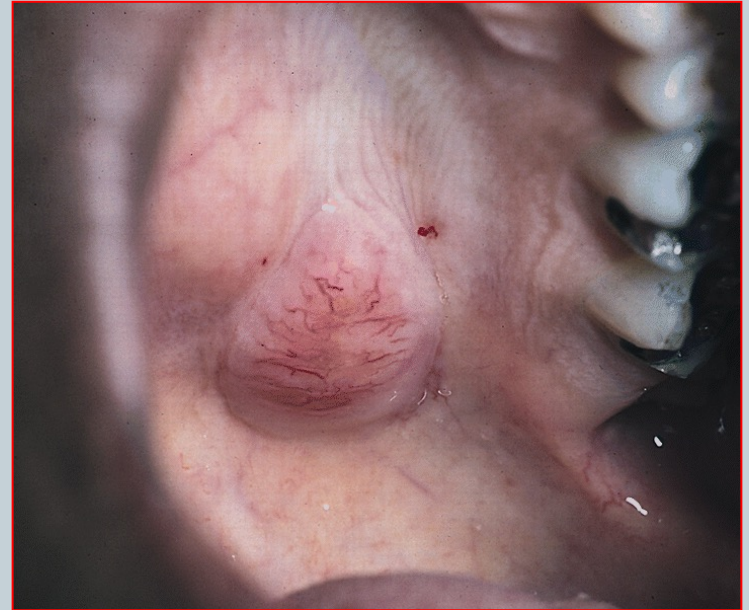
- Riesgo de recurrencias y casos que dan metastasis.
- A los 20 años, sólo un 20 % de los pacientes sobrevive.

Adenocarcinoma Polimorfo

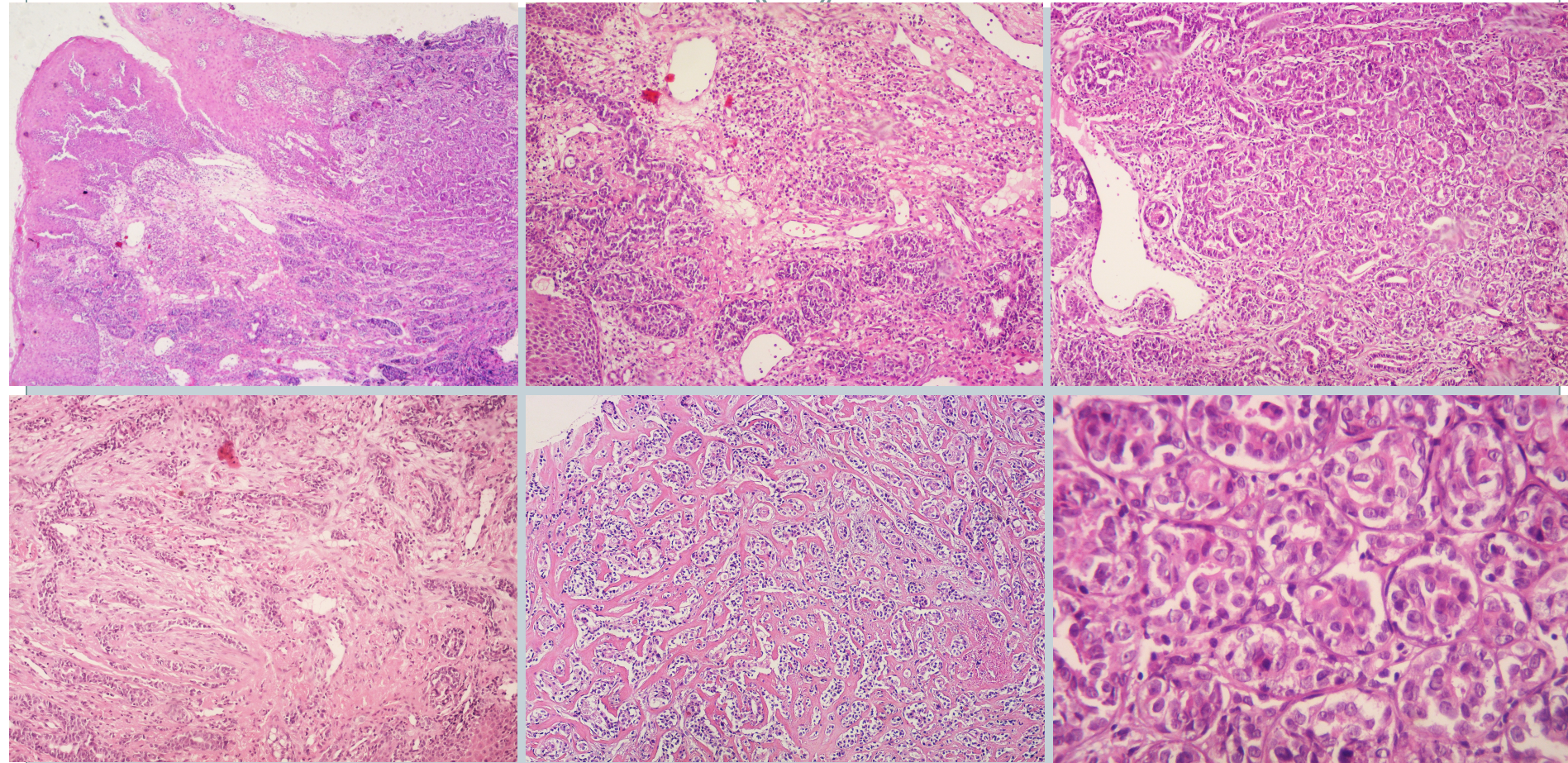


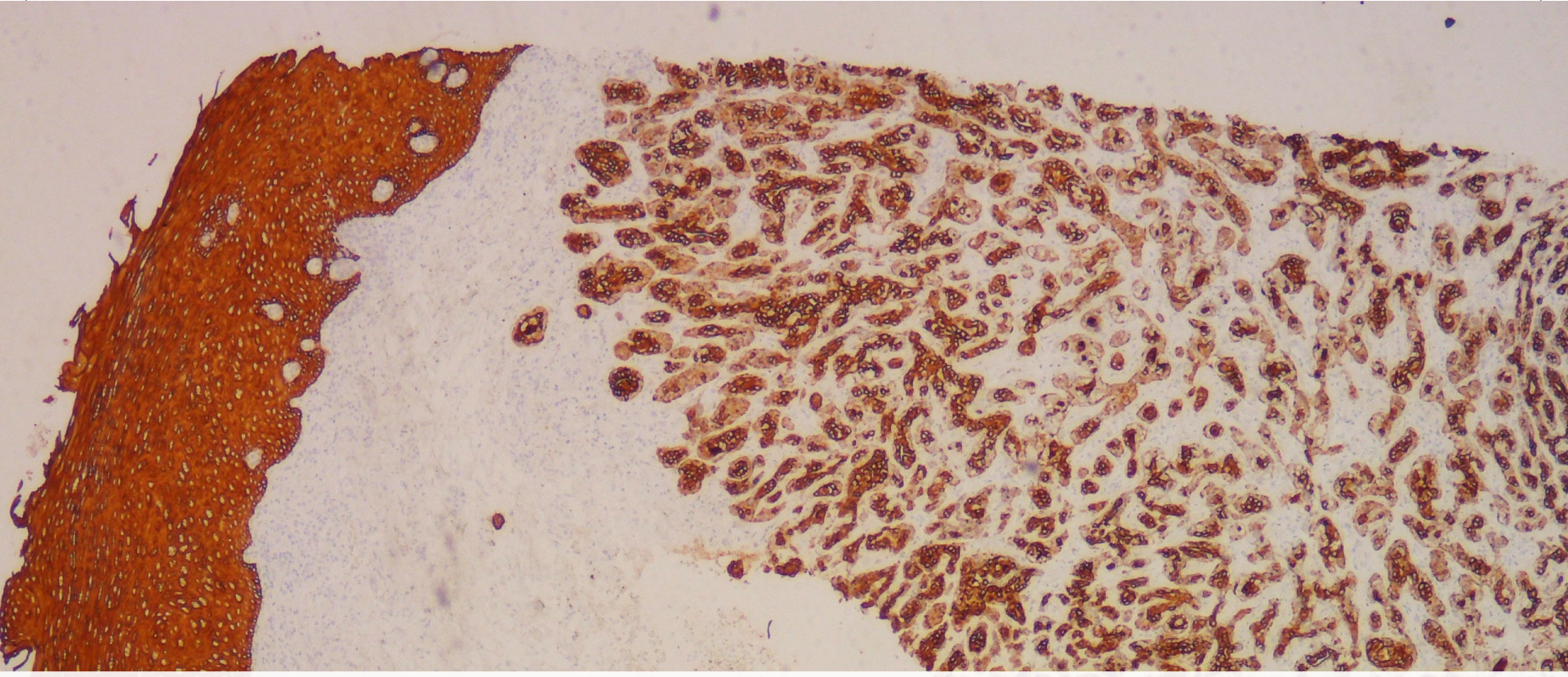
Características clínicas:

- Usualmente se presenta como una masa indolora que crece lentamente.
- Puede erosionar el hueso subyacente.
- 2/3 de los casos en mujeres.



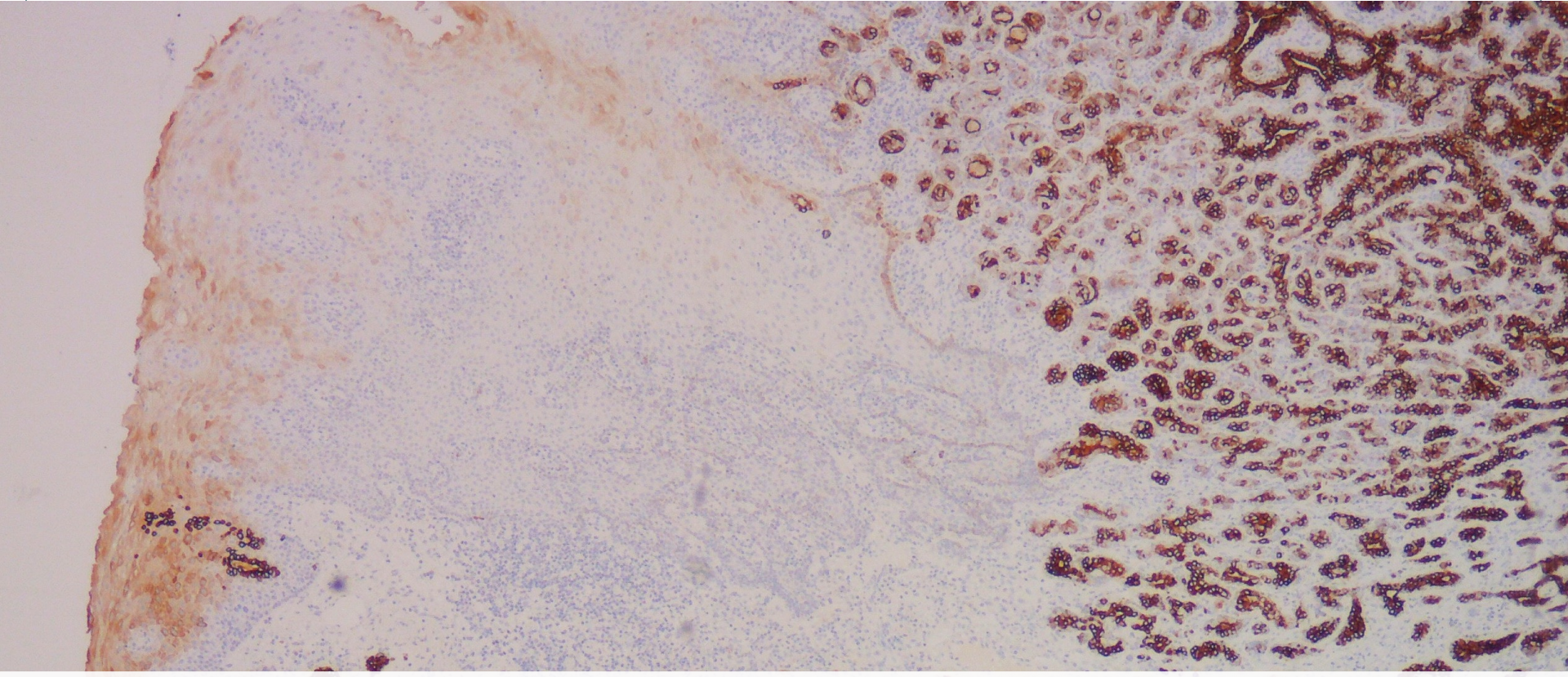
Mujer 67 años, tumor fondo de vestibulo



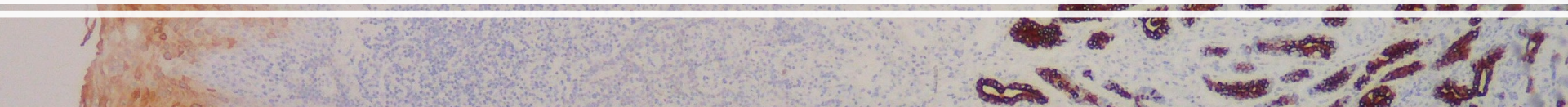


Pancitoqueratina

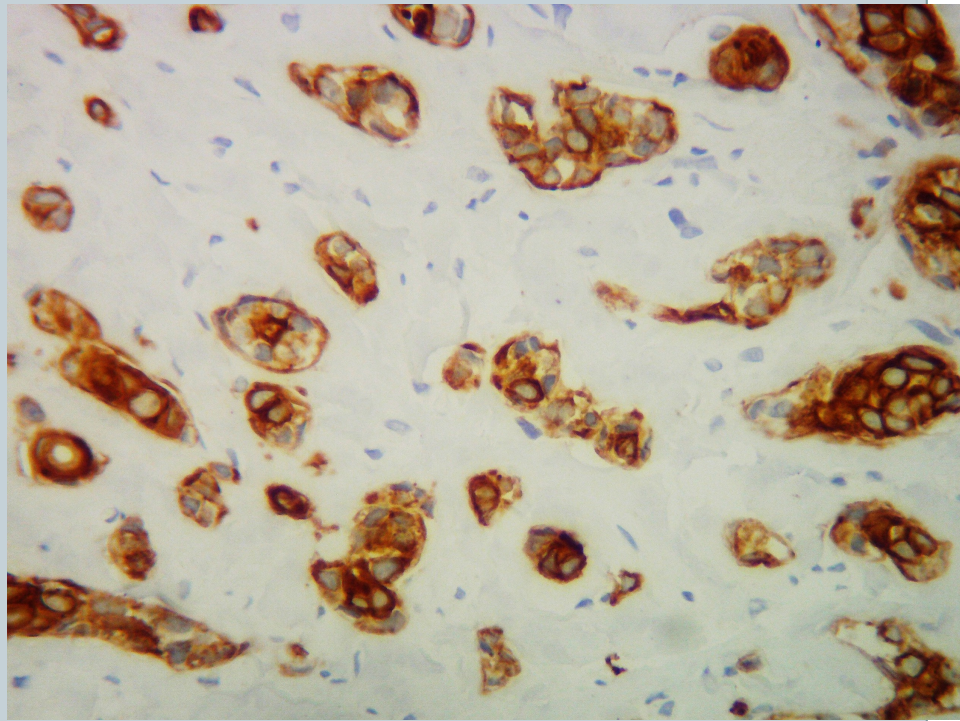
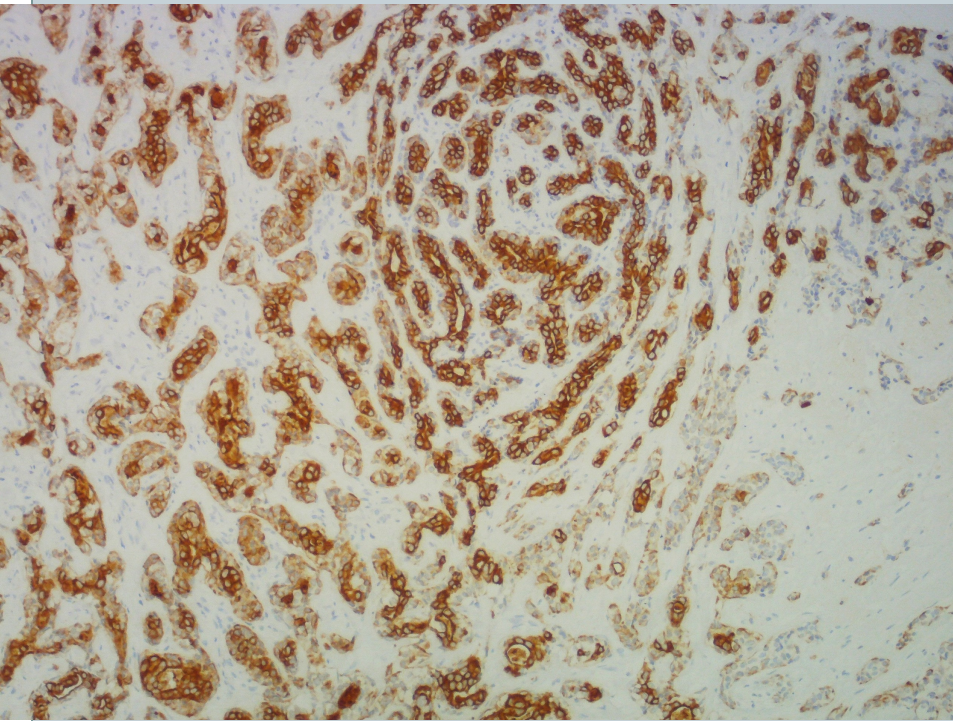




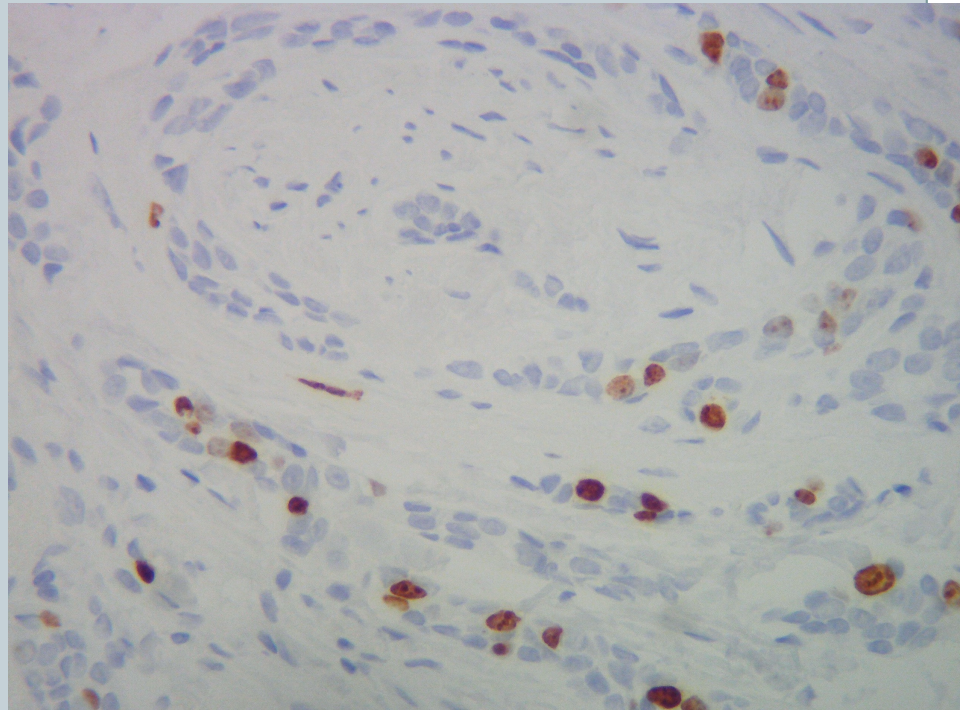
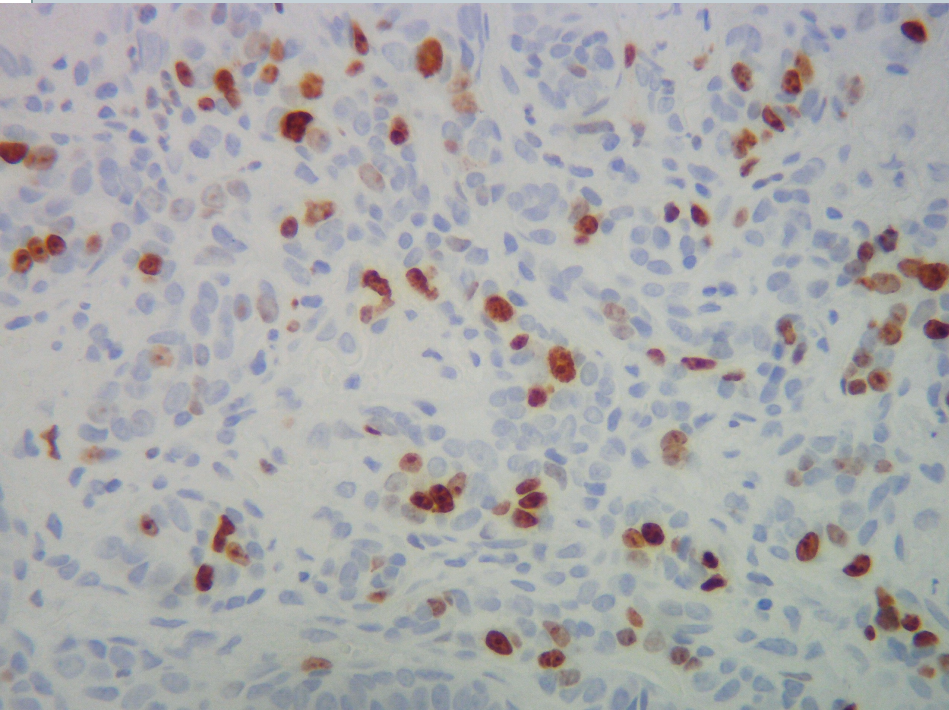
Citoqueratina 7



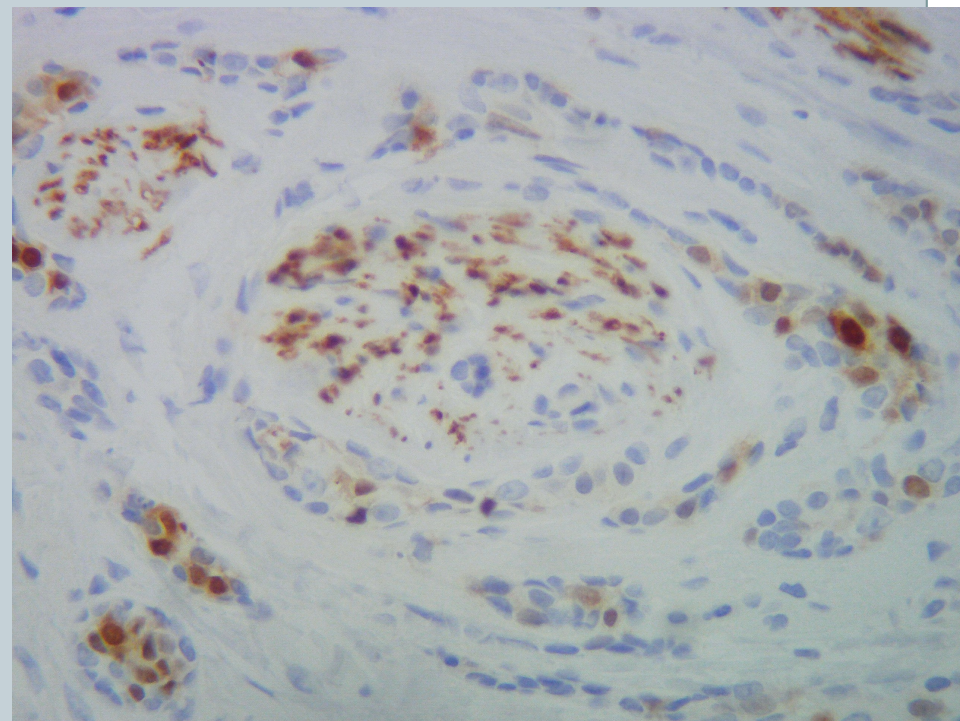
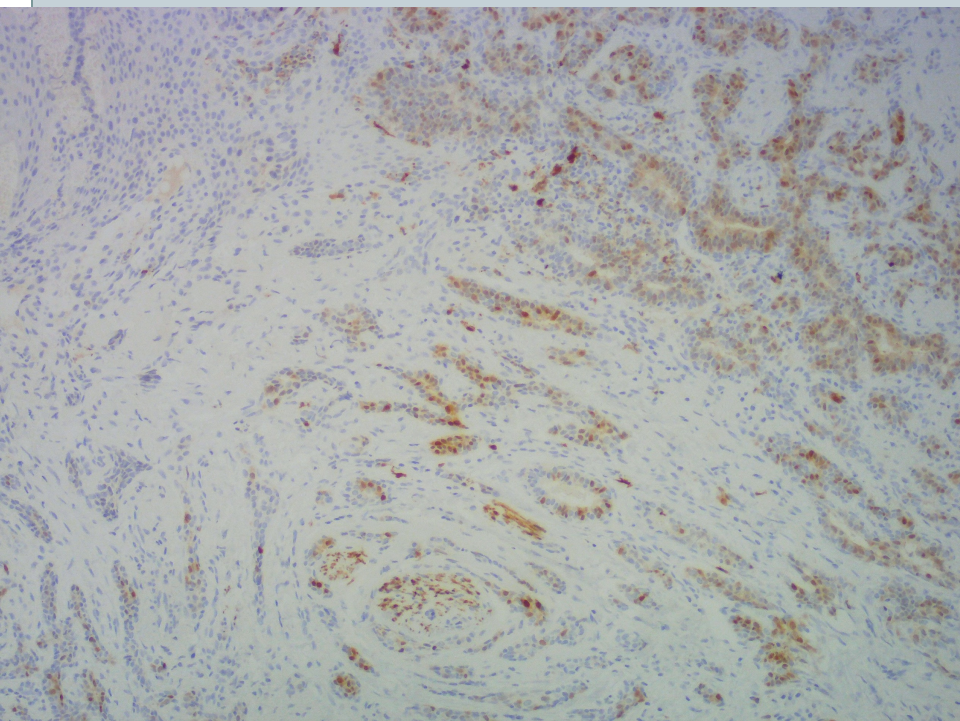
Anti- Pancitoqueratina (AE1/AE2)



Anti- ki67



Anti S-100

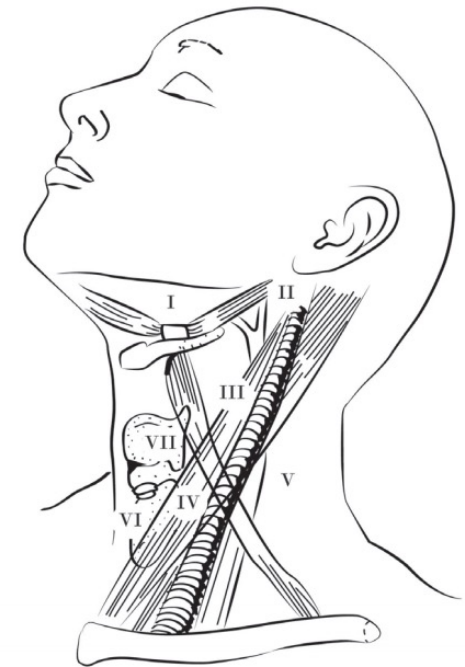
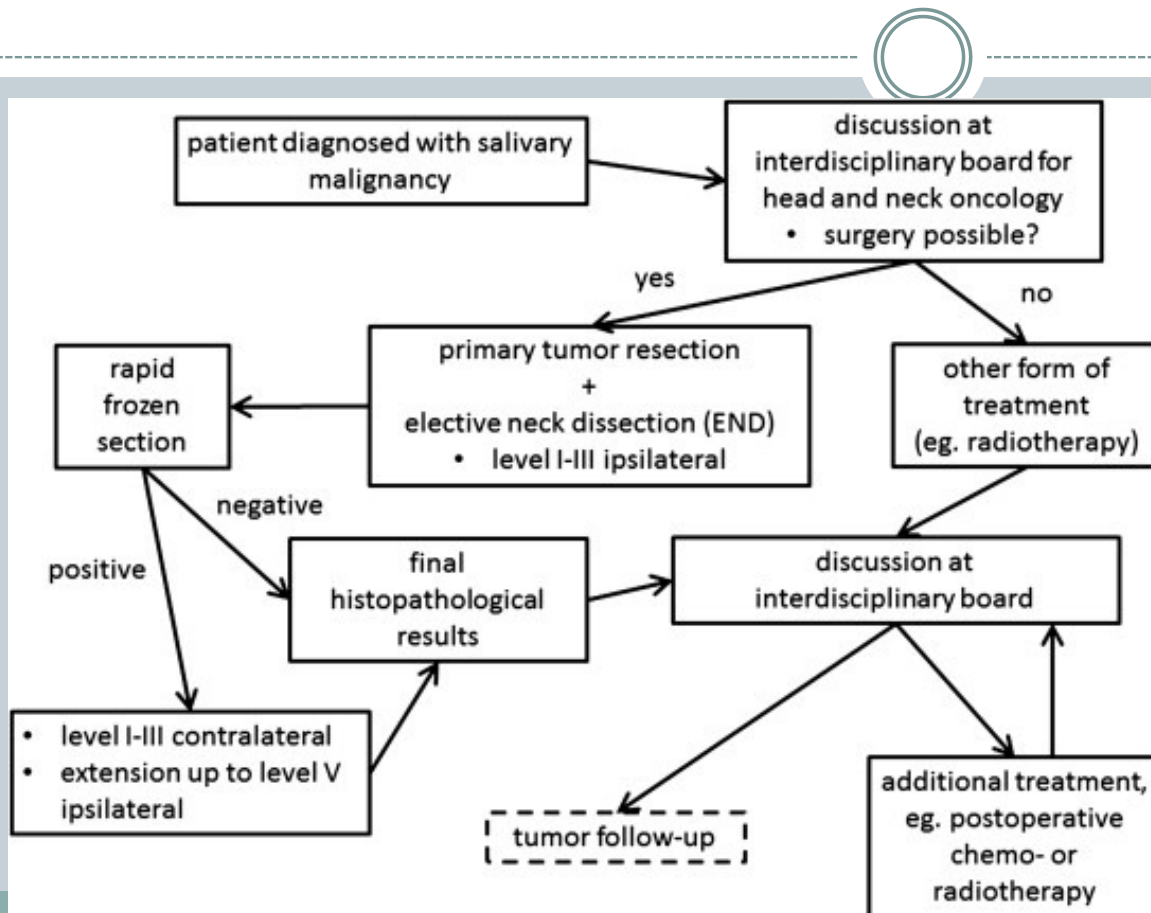


Adenocarcinoma Polimorfo de Bajo Grado



- Tratamiento: cirugía amplia, a veces debe incluir resección de hueso subyacente.
- Pronóstico relativamente bueno. Recurrencia aprox. 9% a 17%.
- Metástasis son poco comunes, aprox 10%.

Decisión de tratamiento



Fuente: Som P, Curtin HD. *Radiología de cabeza y cuello*. 4ª ed. Elsevier - Mosby; 2004.

FIGURA 2. Niveles ganglionares del AJCC.

Conclusiones generales

- La glándula salival más comúnmente afectada con neoplasias es la parótida.
- En glándulas intraorales las más afectadas son las localizadas en el paladar.
- La neoplasia de glándulas salivales más frecuente es el adenoma pleomórfico, tanto en glándulas salivales mayores como menores.
- Las glándulas menores tienen con mayor frecuencia neoplasias malignas comparado con las mayores.
- En glándulas intraorales existe una diferencia de probabilidad de benignidad/malignidad basado en su localización.



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Odontología
SERVICIO DE BIOPSIAS

SOLICITUD DE EXAMEN HISTOPATOLÓGICO

Edificio COLIN Olivos 943 Fono 678 1802 - 678 1808 Fax 6781801
e-mail: biopsias@odontologia.uchile.cl

Nº

Fecha de Recepción
(Uso exclusivo de la Facultad)

Tiene Biopsia Anterior Si ☐ No ☐

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

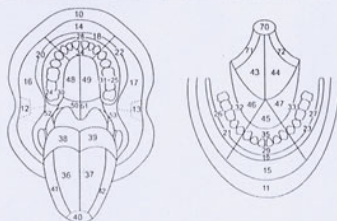
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
R.U.T.:	Fecha de Nac.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Edad	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Actividad	Dirección	Fono Casa	Fono Oficina		

RESUMEN DE ANTECEDENTES CLINICOS

Historia de la Lesión, Sintomatología Asociada, Antecedentes Sistémicos, Tiempo de Evolución, etc.

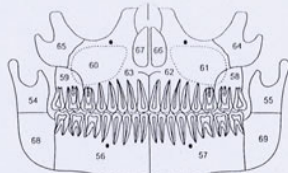
Mucosa Oral

Fumador ☐ Cuántos
 Inmunodeprimido por VIH ☐
 Inmunodeprimido no VIH ☐
 Leucoplasia ☐ Vesícula ☐
 Eritroplasia ☐ Úlcera ☐
 Tumor ☐ Lesión Liquefactiva ☐
 Otras ☐



Glándulas Salivales

Menores ☐ Marque el diagrama
 Mayores ☐ Cuál
 Tumor ☐
 S. de Sjögren ☐



Huesos Maxilares

Lesión única ☐ Múltiple ☐
 Radiolúcida ☐ Radiopaca ☐ Mixta ☐
 Hallazgo Rx ☐
 Abombamiento ☐
 Exteriorización ☐

Piel Peribucal

Pigmentada ☐ Úlcera ☐
 Erosiva ☐ Tumor ☐
 Exposición al sol ☐
 Recurrente ☐



Material Remitido

Tejido Fijado (Biopsia) ☐ Bloque de Parafina ☐ Fotos Clínicas (*) ☐ Otros ☐
 Frotis Citológico ☐ Preparación Histológica ☐ Radiografía (*) ☐
 (*) Puede enviarse por e-mail biopsias@odontologia.uchile.cl

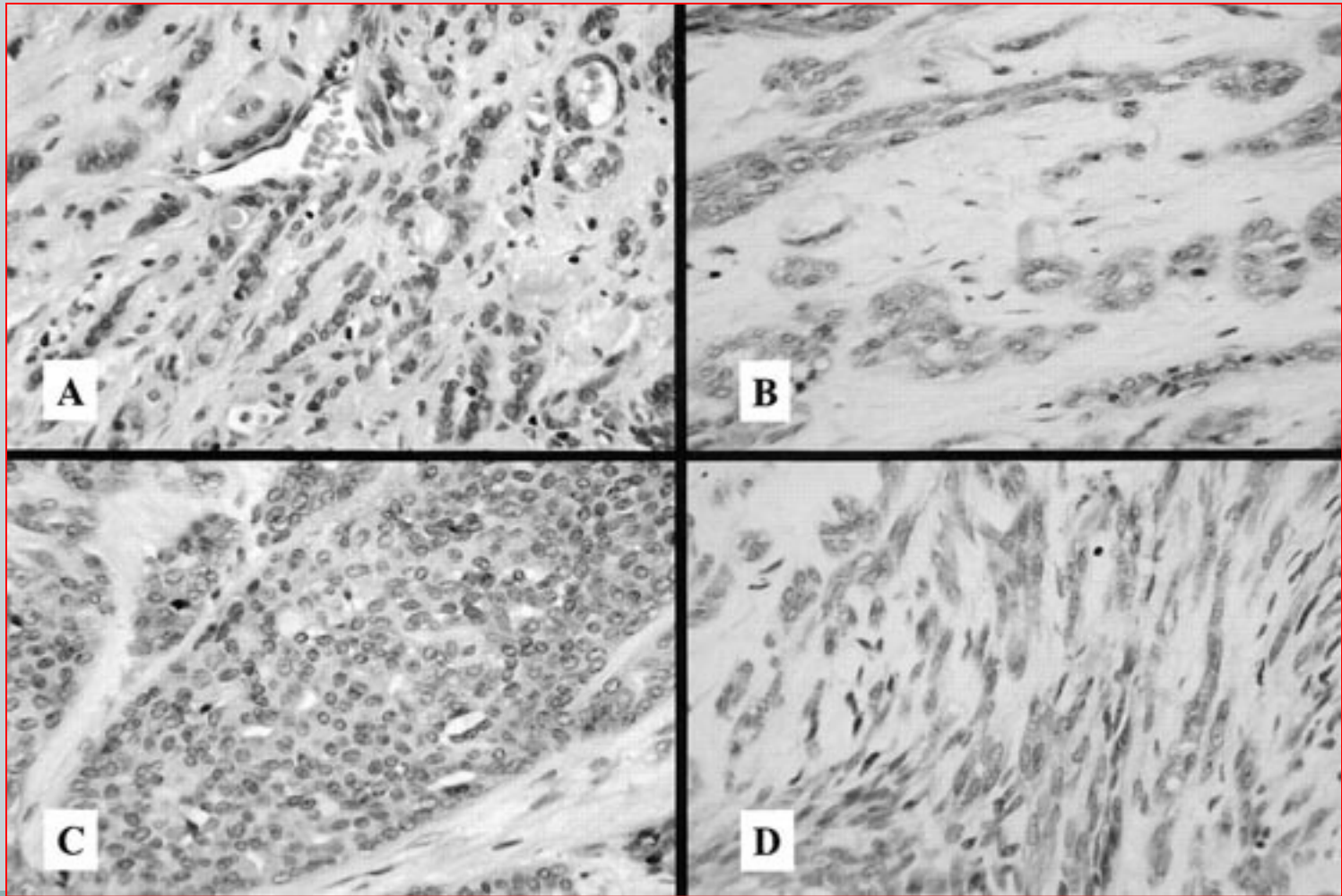
DIAGNOSTICO CLINICO

1.-	2.-	3.-
Datos del Remitente		
Solicitado por Dr. (a):		
Dirección:		
Fono:	E-mail:	Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
USO DE REGISTRO		
DX. HG.		
CIE- AO.		



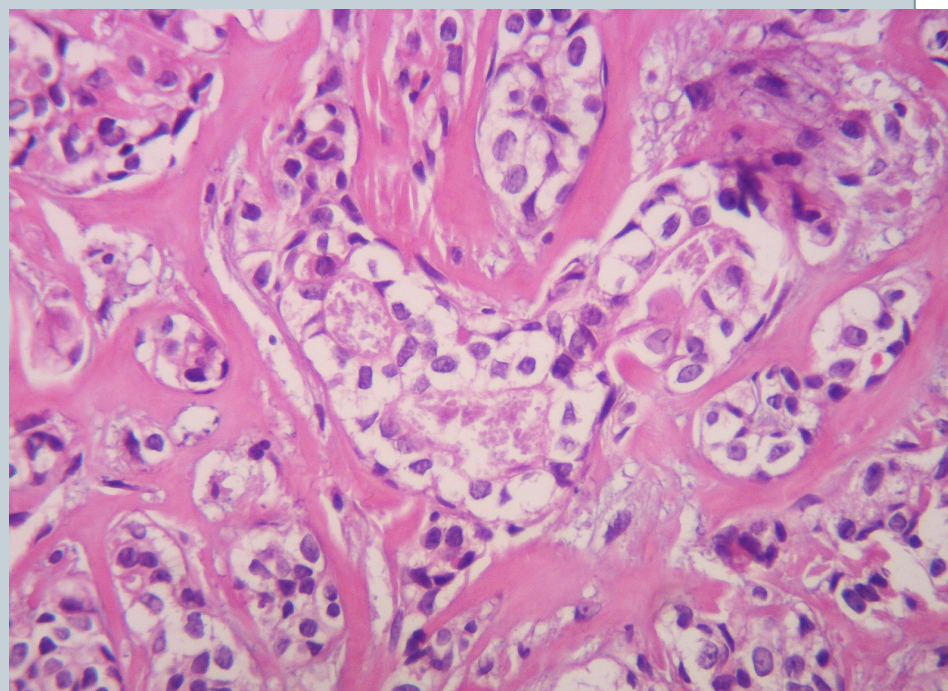
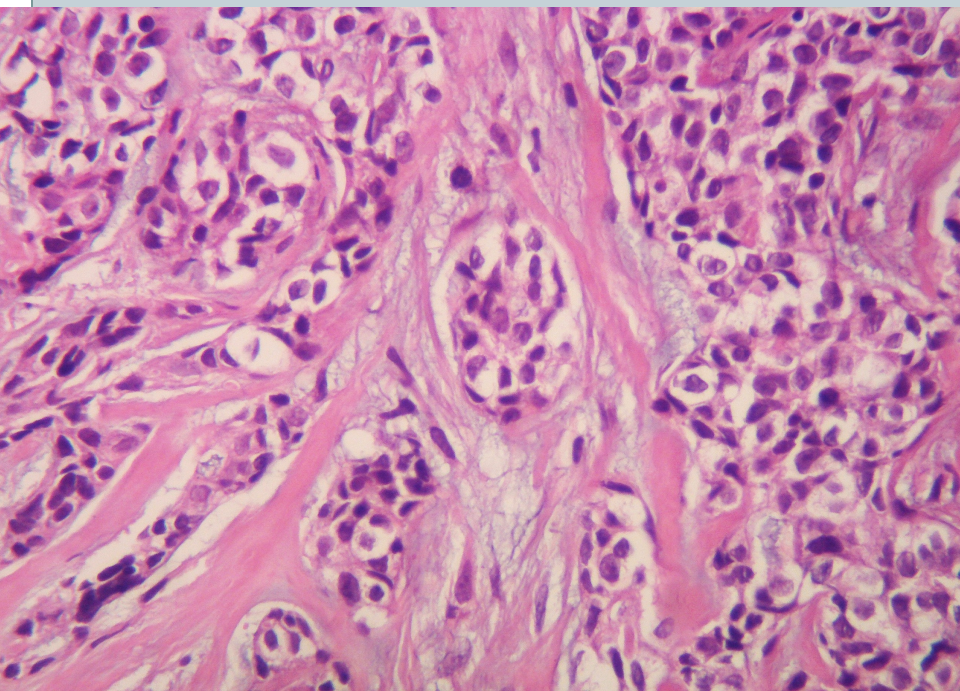
Gracias por tu atención

Adenocarcinoma Polimorfo de Bajo Grado

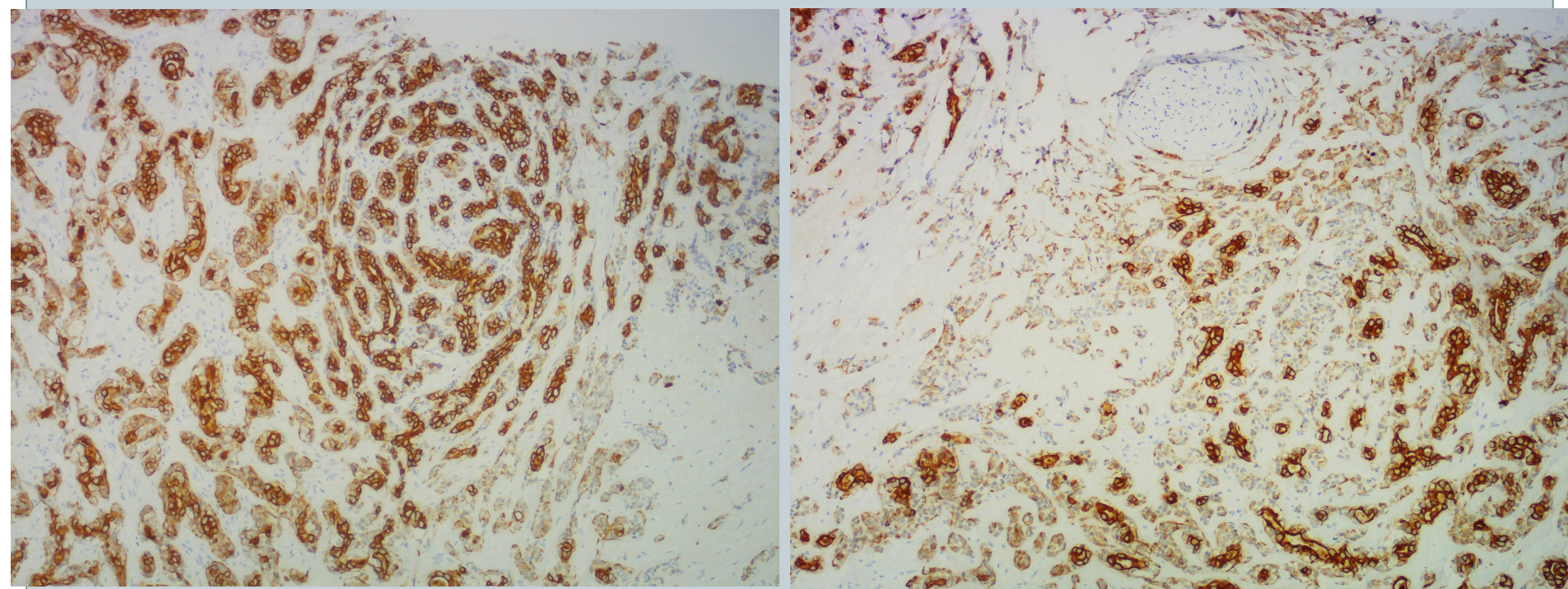


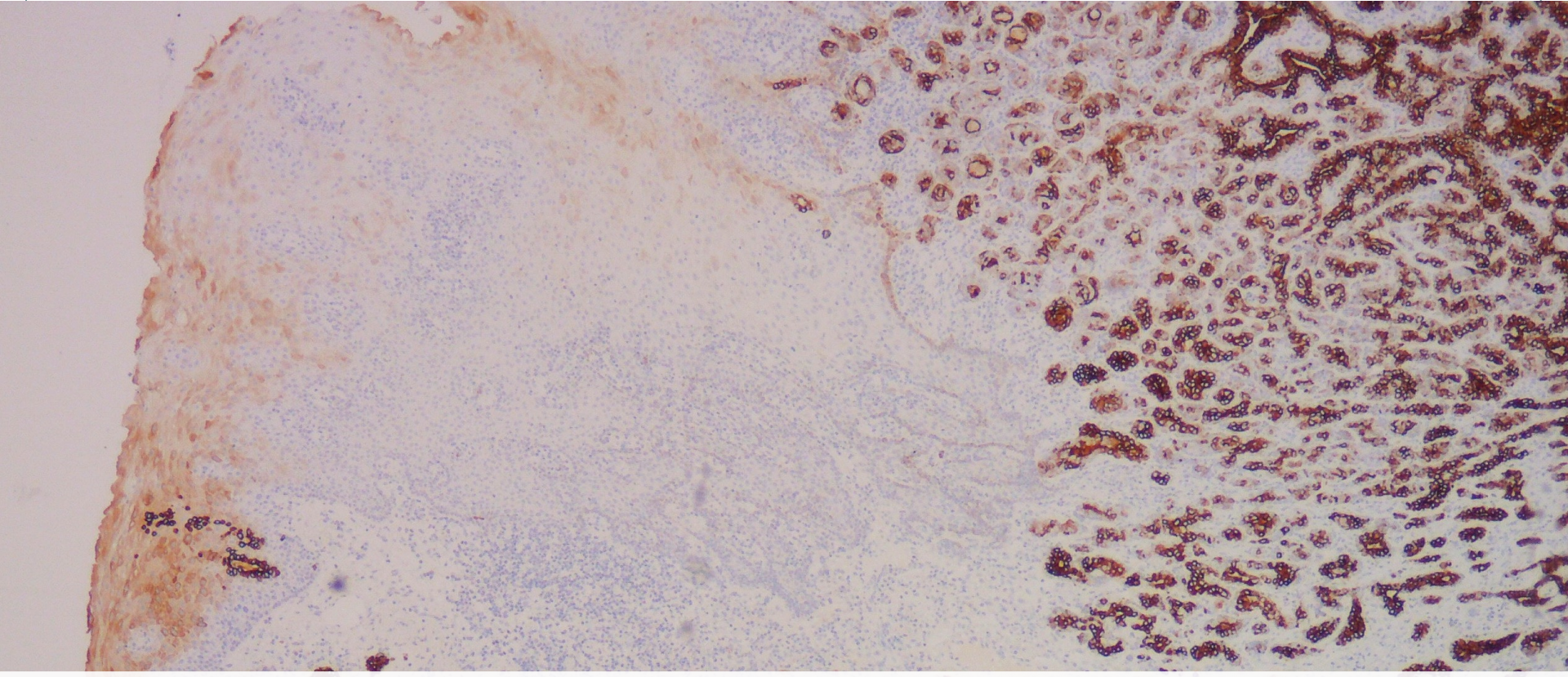


Mujer 67 años
Mucosa fondo de vestibulo
Diagnóstico clinico: Fibroma irritativo

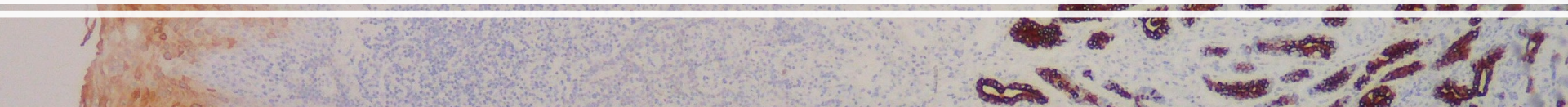


Anti – Pancitoqueratina (CK AE1/AE2)





Citoqueratina 7



Anti - Citoqueratina 7

