

Casos Clínicos en Medicina Oral.

03 Patología glándulas salivales



Antonio Bascones

Índice

- 3.1** Mucoccele de glándula salival menor
- 3.2** Litiasis de glándula salival menor labial
- 3.3** Sialometaplasia necrotizante
- 3.4** Parotiditis esclerosante poliquística bilateral
- 3.5** Adenoma pleomorfo (glándula salival menor)
- 3.6** Malignización de adenoma pleomorfo
- 3.7** Carcinoma mucoepidermoide (recidiva)
- 3.8** Adenocarcinoma de células acinares
- 3.9** Carcinoma adenoideo quístico

3.1 Mucoccele Labial

Moreno López LA, Campo Trapero J, Cano Sánchez J.
Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología.
Universidad Complutense de Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 23 años que presenta un crecimiento de varios meses de evolución asintomático. La paciente confiesa que se mordisquea repetidamente la zona. Al comienzo del proceso mordisqueaba la lesión y desaparecía, desde hace semanas no desaparece.

EXPLORACIÓN

A la palpación es blanda y asintomática. Tiene una coloración ambarina y se aprecia su contenido líquido. Se observa un área de eritema rodeando a la zona elevada. (Fig.1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se planteó un diagnóstico clínico de mucoccele. La cuestión a dilucidar sería la presencia o no de una cobertura epitelial de la colección de líquido.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizó una biopsia escisional para por un lado confirmar el diagnóstico y por otro realizar el tratamiento de la lesión. La imagen histopatológica se muestra en la (Fig. 2).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Mucoccele por retención.

CLAVES DEL CASO

El mucoccele es una lesión frecuente, sobre todo en población joven. La zona con mayor prevalencia es el labio inferior. La causa más frecuente es el mordisqueo repetido de este labio. Todos estos factores se daban en la paciente. El tratamiento más adecuado para evitar su recidiva es la exéresis quirúrgica con el tejido glandular adyacente. Este fue el tratamiento que realizamos, tras 3 años de seguimiento no se han encontrado recidivas. Otro factor importante para su recidiva es el abandono del hábito de mordisqueo.



Fig. 1. Lesión exofítica, asintomática en labio inferior.



Fig. 2. Imagen histológica en la que se observa la cobertura epitelial del quiste mucoso.

3.2 Litiasis de glándula salival menor labial

Arrieta Blanco J.J., (1) Bartolomé Villar B., (2)

(1) Servicio de Estomatología de Fundación Jiménez Díaz de Madrid.)

(2) Departamento de Odontología de la Universidad Europea de Madrid.)

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 40 años de edad que acude a la consulta de Estomatología por presentar cuadros inflamatorios de repetición en zona labial inferior. No ha presentado dolor, ni supuración. Refiere una evolución de varios años y no presentar antecedentes de traumatismos. En la actualidad la sintomatología inflamatoria es más frecuente.

EXPLORACIÓN

A la exploración física presenta una tumefacción en mucosa labial inferior firme, esférica, indolora y fluctuante. No se palpan adenopatías ni lesiones en otras partes de la cavidad oral.(figura 1)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Mucocele labial.
- Patología tumoral glandular (adenoma pleomorfo)
- Fibroma
- Traumatismo
- Patología vascular

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizó una biopsia escisional para por un lado confirmar el diagnóstico y por otro realizar el tratamiento de la lesión. La imagen histopatológica se muestra en la (Fig. 2).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Mucocele de retención por sialolito de glándula salival menor labial. El tratamiento fue la extirpación quirúrgica de la lesión encontrándonos dos sialolitos dentro de la glándula salival menor labial. (Figs. 2 y 3).



Fig. 1. Litiasis glándula salival menor.

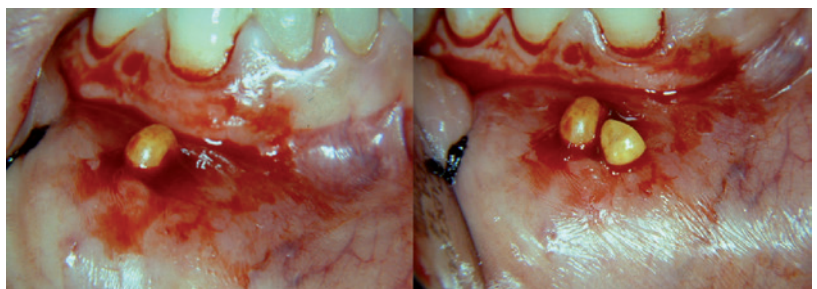


Fig. 2. Litiasis glándula salival menor labial.

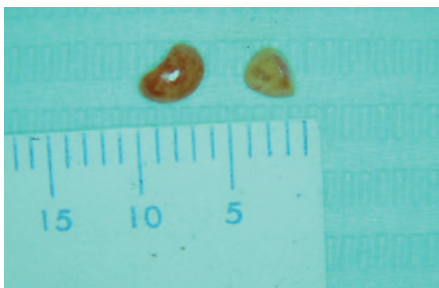


Fig. 3. Cálculos glándula salival menor.

3.3 Sialometaplasia necrotizante

Rodrigo Rodríguez MA., (1) Esparza Gómez G., (1) Cerero Lapiedra R. (1)

Campo Trapero J., (1) Aguirre Urizar JM., (2)

(1) Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial Facultad de Odontología. Universidad Complutense.

(2) Departamento de Odontología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco.

HISTORIA CLÍNICA

Una joven de 21 años acude a consulta refiriendo, hace 7 días, la aparición de de dos bultos, dolorosos, en el paladar acompañados de fiebre de 38° C. A los 3 días los bultos se transformaron en dos profundas úlceras y desaparecieron la fiebre y el dolor. Es fumadora de 10 cigarrillos diarios y carece de otros antecedentes de interés.

EXPLORACIÓN

Se observan 2 profundas úlceras (3x1 cm. y 2x1 cm.) localizadas a ambos lados de la línea media del paladar duro. Los bordes de las lesiones son elevados y no indurados, y el fondo de las mismas está ocupado por restos necróticos. (Fig. 1). No se provoca dolor durante la exploración. El resto de la exploración oral no mostraba otras alteraciones. El estudio radiológico y la analítica sistemática de sangre tampoco mostraron alteraciones.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Úlceras traumáticas (de origen mecánico, quirúrgico,...)

Infecciones: fístulas dentales, tuberculosis, sífilis.

Estomatitis aftosa recurrente forma mayor,

Inmunosupresión: SIDA, tratamientos con inmunosupresores.

Tumores: Carcinoma de células escamosas, carcinoma mucoepidermoide, sarcomas.

Procesos mieloproliferativos: Leucemia, linfoma no-Hodgkin

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La biopsia incisional mostró los hallazgos típicos de la sialometaplasia necrotizante: en la submucosa se observaron numerosas glándulas salivales menores productoras de moco en proceso degenerativo. En algunas zonas se pudo observar extensas necrosis de los acini glandulares y metaplasma epitelial ductal. (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Sialometaplasia necrotizante

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

La etiología es desconocida pero parece que, en última instancia, la necrosis por isquemia es el factor precipitante de la lesión. La importancia del proceso radical en que su agresiva clínica e histopatología puede remedar a neoplasias malignas a causa de la severidad de las lesiones en un corto periodo de tiempo. En orden a descartar otros procesos una biopsia es obligada.



Fig. 1. Úlceras necróticas en el paladar.

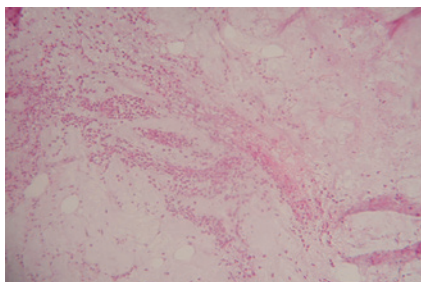


Fig. 2. Histopatología en la que se observa necrosis acinar e inflamación aguda.

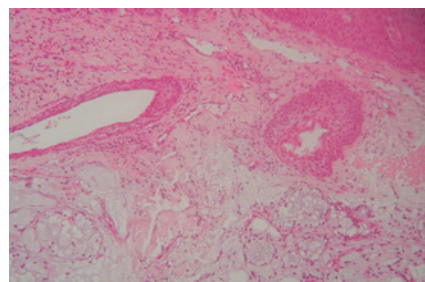


Fig. 3. Histopatología en la que se observa necrosis acinar y metaplasia.

3.4 Parotidis esclerosante poliquística bilate

Martínez-Conde R., Melendres J.C., Eguía A., Aguirre Urizar J.M.
Unidades de Medicina Bucal y de Patología Oral y Maxilofacial. Servicio Clínica Odontológica.
Dpto. de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco / EHU.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 48 años, fumadora de 20 cigarrillos día, acude a consulta refiriendo padecer episodios repetidos de inflamación en ambas regiones parotídeas desde hace 12 años. Los episodios se instauraban de forma aguda, eran dolorosos y tenían una duración variable de 2 a 4 semanas, produciéndose de forma aleatoria en la región glandular derecha o izquierda. En una ocasión, cinco años antes, y coincidiendo con un proceso inflamatorio en la región parotídea derecha se produjo fistulización cutánea con supuración. La paciente había sido tratada en numerosas ocasiones con antibióticos y antiinflamatorios para controlar dichos procesos y en los dos últimos años el cuadro se producía únicamente en el lado derecho. Actualmente la paciente se quejaba de sequedad bucal y deformidad facial. La paciente no presentaba ningún antecedente general reseñable.

EXPLORACIÓN

Se observa tumefacción facial bilateral por agrandamiento de ambas regiones parotídeas, siendo evidente la presencia de una cicatriz cutánea preauricular en el lado derecho (Figura 1). A la palpación se detecta una parotidomegalia bilateral de consistencia dura-elástica constituida de múltiples nódulos que confluyen y que ocupan la celda parotídea en su totalidad. No adherencia a planos cutáneos. No se palpan adenopatías cervicales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Sialoadenosis
- Neoplasia parotídea multinodular
- Parotiditis esclerosante
- Otras patologías

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La sialografía mostraba un conducto principal uniforme con signos de sialoductitis en sus ramas principales, con amputación total del relleno periférico y parenquima sustituido por multitud de pequeñas estructuras quísticas comunicantes (Figura 2).

La punción aspiración con aguja fina (PAAF) demostró la existencia de un frotis con numerosos linfocitos maduros acompañados de histiocitos y de células apocrinoides disociadas. El diagnóstico citológico fue de compatible con tumor de Warthin.

La resonancia magnética mostraba lesiones focales nodulares quísticas en ambas parótidas que sustituían prácticamente el 80% del parénquima glandular y que se consideraron compatibles con tumor de Warthin bilateral y múltiple (Figura 3).

Se realizó parotidectomía superficial conservadora de la glándula derecha y cierre con reposición cutánea mediante colgajo de SMAS bajo anestesia general.

El análisis histopatológico demostró una pérdida casi completa del componente acinar glandular que aparecía sustituido por tejido conectivo fibroso. Se reconocían numerosas formaciones ductales dilatadas con un revestimiento metaplásico escamoso y un intenso infiltrado inflamatorio crónico rodeándolas (Figura 4)

3.4 Parotidis esclerosante poliquística bilate

Martínez-Conde R., Melendres J.C., Eguía A., Aguirre Urizar J.M.
Unidades de Medicina Bucal y de Patología Oral y Maxilofacial. Servicio Clínica Odontológica.
Dpto. de Estomatología. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco / EHU.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Parotidis esclerosante poliquística bilateral

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

La clínica con episodios repetidos de inflamación es muy sugestiva de un cuadro retentivo salival, secundario a litiasis o a alteración ductal. Los datos de afectación bilateral y multinodular cuestionan que se trate de una neoplasia, aunque existen tumoraciones salivales bilaterales y múltiples como el tumor de Warthin. La imagen de la RM indica la presencia de cavidades que dirige en gran medida el diagnóstico que la histopatología confirma y que a su vez explica los hallazgos del PAAF.



Fig. 1. Úlceras necróticas en el paladar.

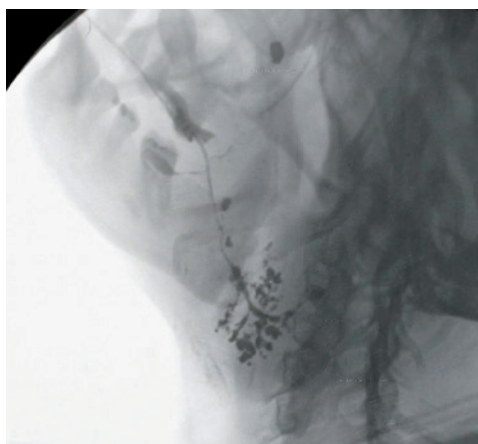


Fig. 2. Sialografía con múltiples áreas quísticas.

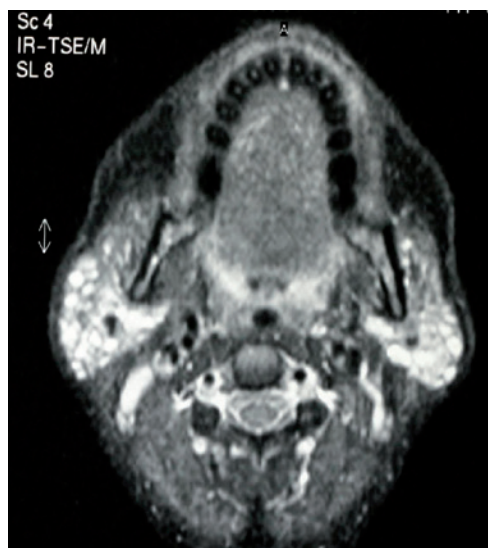


Fig. 3. RM con múltiples lesiones nodulares bilaterales.

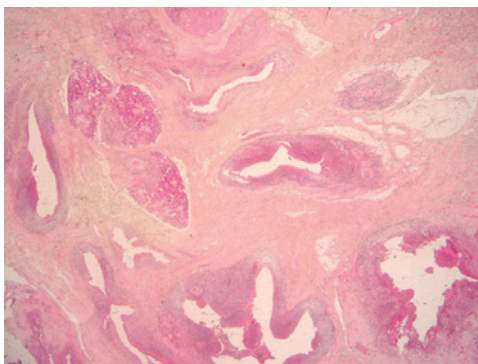


Fig. 4. Sustitución fibrosa del parénquima, dilataciones ductales e inflamación crónica (H&E 8X).

3.5 Adenoma Pleomorfo (glándula salival menor)

López Jornet P. Bermejo Fenoll A.
Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología.
Universidad de Murcia

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 37 años de edad, que consulta por la presencia de una tumoración en el paladar de 1 año de evolución. Previamente había sido tratada con antibióticos ante la sospecha de una posible infección odontogénica, no remitiendo el cuadro. Entre sus antecedentes personales no había datos patológicos de interés ni enfermedades sistémicas. No constan hábitos tóxicos como tabaco o ingesta de alcohol. La paciente no refería ningún antecedente traumático o inflamatorio en la zona de la lesión.

EXPLORACIÓN

En la exploración física no se observan anomalías destacables. A nivel intraoral observamos, en el tercio medio del paladar duro, una lesión nodular, circunscrita, bien delimitada, de 2 cm de diámetro, recubierta por una mucosa de coloración y textura normal (Fig. 1). A la palpación la lesión presenta una consistencia elástica, desplazable y bien delimitada. El resto de la exploración estomatológica fue normal, no palpándose adenopatías en las cadenas cervicales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Infección odontógena. Exostosis ósea. Tumor de tejido conectivo.
Tumor glándula salival menor.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se solicitó un estudio analítico completo, siendo la bioquímica, hemograma y coagulación sanguínea normal. Se realizó una ortopantomografía en la que no se aprecian ausencias de dientes.

En la Tomografía Axial Computarizada no se observa en el techo óseo del paladar duro imágenes de erosión ósea cortical (Fig. 2).

Se realizó, una biopsia escisional. En el estudio histopatológico se observa una formación nodular no encapsulada, de bordes irregulares que crece a partir de los acinis mucosos de las glándulas salivales menores, constituida por células mioepiteliales poligonales de aspecto plasmocitoide que muestran en el centro una diferenciación fusiforme con producción de material de membrana basal que tiende a englobarlas, dando un aspecto condroide. La celularidad no muestra atipias (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Adenoma pleomorfo de glándula salival menor.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Aspecto clínico, biopsia, TAC.



Fig. 1. Visión intraoral donde se puede apreciar la tumoración en el paladar duro, que esta recubierta de una mucosa de aspecto normal.

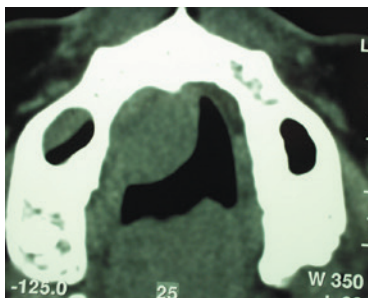


Fig. 2. Imagen de la TC, en la que se observa la tumoración y no produce erosión ósea.

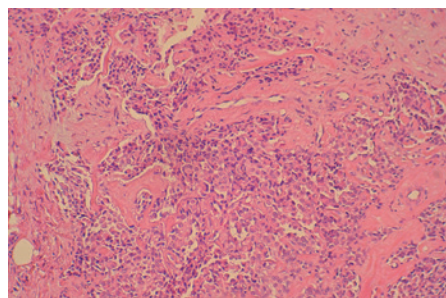


Fig. 3. Imagen histopatológica del adenoma pleomorfo, tinción con HE.

3.6 Malignización de Adenoma Pleomorfo

Vicente Barrero M. (1) (2), Castellano Reyes JJ. (3)

(1) *Facultativo Especialista de Área.*

(2) *Profesor Asociado Universidad Las Palmas Gran Canaria.*

(3) *Jefe de Servicio.*

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 58 años que acude a consulta por presentar una tumoración de 20 años de evolución (Figs. 1 y 2). A lo largo del tiempo ha ido creciendo lentamente, aunque en el último año ha sido mucho más rápido.

EXPLORACIÓN

Es evidente una tumoración que afecta a toda la hemicara derecha. Se aprecian alteraciones tróficas con ulceración en algunas zonas. No se acompaña de dolor ni parálisis facial. No hay adenopatías acompañantes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tumor benigno de parótida.

Tumor maligno de parótida.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TAC (Fig. 3) y biopsia.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Malignización de un adenoma pleomorfo de parótida.

CLAVES DIAGNÓSTICO

No hay parálisis facial ni adenopatías acompañantes, por lo que podría sospecharse de un proceso benigno. No obstante el aspecto clínico de la lesión, la evolución y las alteraciones tróficas nos hacen sospechar de su malignidad. Un PAAF o una biopsia nos dan el diagnóstico con certeza.



Fig. 1. Tumoración de hemicara izquierda (visión de frente).



Fig. 2. Tumor visto de perfil.

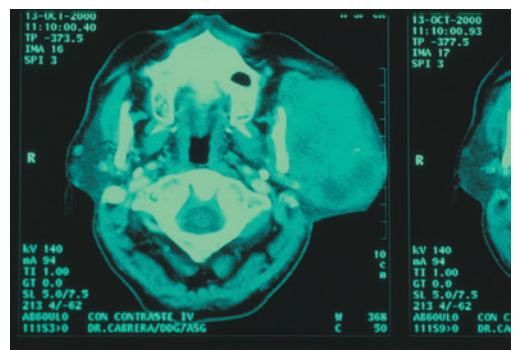


Fig. 3. En el espacio parotideo externo izquierdo, se aprecia una gran masa heterogénea de aproximadamente 12 cms. de diámetro mayor.

3.7 Carcinoma mucoepidermoide (recidiva)

Paz J, López E:
Diagnóstico por la Imagen. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 69 años de edad con antecedentes de carcinoma mucoepidermoide de parótida derecha intervenida hacia un año.

No presenta otros antecedentes personales o familiares de interés.

La paciente es remitida a la Unidad de Resonancia Magnética por sospecha de recidiva tumoral

EXPLORACIÓN

Tumefacción en hemicara derecha, dura y dolorosa a la palpación, con parálisis facial. Adenomegalias laterocervicales derechas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tumores malignos de parótida (Carcinoma adenoide quístico, Carcinoma indiferenciado, Adenocarcinoma), metástasis, linfoma.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Resonancia magnética y estudio histopatológico.

La RM revela una masa de 8 cm. de diámetro máximo que crece desde la región retromandibular del lóbulo profundo de la parótida derecha, de señal intermedia en secuencias T1 y de alta intensidad de señal heterogénea en T2, mal delimitada, que compromete músculos masticatorios y rama mandibular anteriormente, y posteriormente infiltra y destruye hueso temporal invadiendo fosa posterior y comprimiendo hemisferio cerebeloso derecho (Fig. 1,2 y 3) Dichos cambios traducen recidiva tumoral de carcinoma mucoepidermoide.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Recidiva de carcinoma mucoepidermoide de alto grado.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Masa que crece desde la celda parotídea derecha en paciente con cirugía previa por carcinoma mucoepidermoide.

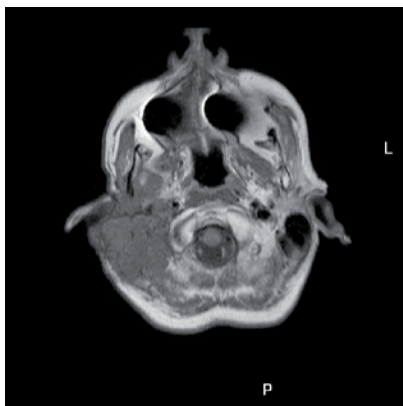


Fig. 1. RM en plano axial T1 de Ca mucoepidermoide de parótida derecha. Masa de unos 8 cm. de diámetro máximo que crece desde el lóbulo profundo de la parótida derecha, de señal intermedia, que compromete a músculos masticatorios y rama mandibular e infiltrando hueso temporal.

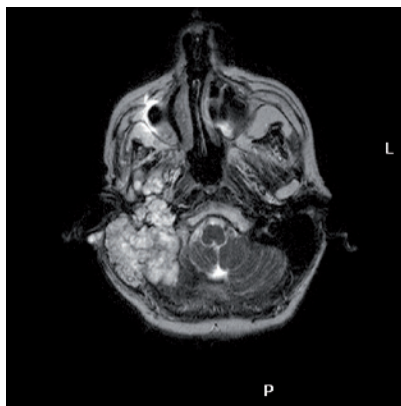


Fig. 2. RM en plano axial T2 de Ca mucoepidermoide de parótida derecha. La masa presenta alta intensidad de señal heterogénea en T2, infiltrando grupos musculares masticatorios y rama mandibular, de límites imprecisos y rebordes polilobulados, no encapsulada, de características malignas.



Fig. 3. RM en plano coronal T2 de Ca mucoepidermoide parótida derecha. La masa presenta alta intensidad de señal heterogénea en T2, de límites imprecisos y rebordes polilobulados, no encapsulada, que infiltra y destruye hueso temporal e invade fosa posterior, comprimiendo hemisferio cerebeloso derecho, de características malignas.

3.8 Adenocarcinoma de células acinares

Rubio L, Serrano C, García Capilla I, Hernández G, López-Pintor RM
Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. UCM. Madrid

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 35 años de raza blanca que acude a la consulta por presentar una tumoración en mucosa labial interna del labio inferior, asintomática, de aproximadamente un año de evolución. No presenta antecedentes médicos de interés.

EXPLORACIÓN

A la exploración se observa una lesión de 6 mm de diámetro, de aspecto nodular, de superficie lisa y consistencia elástica, no mordisqueada y blanquecina. Asintomático. (Fig. 1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Mucocele
- Tumor benigno de glándula salival
- Fibroma traumático

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y TRATAMIENTO

Se realizó biopsia escisional de la lesión. (Fig. 2). El estudio anatomopatológico muestra una pérdida total de la arquitectura de la glándula salivar menor debido a una proliferación celular tumoral compuesta por células epiteliales, de núcleos redondeados, con ligero pleomorfismo, nucleolos pequeños y escasas figuras de mitosis. Los citoplasmas son amplios, granulares y vacuolados. El patrón de crecimiento varía de unas áreas a otras, apreciándose zonas sólidas, junto a otras microquísticas, papilares y foliculares. No existen zonas de necrosis. La neoplasia se encuentra delimitada por una cápsula fibrosa colágena, que se encuentra respetada. (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Adenocarcinoma de células acinares de bajo grado de malignidad de glándula salivar menor.

CLAVES DEL CASO

El adenocarcinoma de células acinares (ACA) es una neoplasia maligna de las glándulas salivales que representa el 1-6% de estas neoplasias, siendo considerada una neoplasia de bajo grado de malignidad, con una supervivencia a los 5 años del 83.3% y una tasa de recurrencia del 12-35%. Es más frecuente en personas entre 50-60 años, siendo más común en mujeres con una relación 2:1. Fundamentalmente se localiza en parótida, aunque en algunos casos se ha observado en las glándulas salivales menores (sobre todo en labio superior), así como en las glándulas submandibulares y sublinguales. Clínicamente se muestra como una masa gomosa indolora que crece con lentitud, ligeramente móvil y que rara vez se ulcera.



Fig. 1. Tumoración en cara interna de labio inferior.



Fig. 2. Extirpación quirúrgica de la lesión.

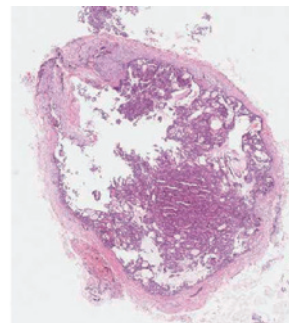


Fig. 3. Estudio anatomopatológico.

3.9 Carcinoma adenoideo quístico

Martínez González J.M., Cano Sánchez J., Campo Trapero J.
Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. UCM. Madrid

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 54 años que acude a consulta con un “bulto” en el paladar de un año de evolución. El paciente no presentaba ninguna sintomatología dolorosa de hecho el hallazgo fue casual. El resto de la anamnesis era normal.

EXPLORACIÓN

A la exploración intraoral se observa una tumoración bien delimitada, de 2,5 x 2 cm de diámetro, (Figura 1). La consistencia a la palpación era semiblanda, no desplazable y estaba localizada a nivel de la fibromucosa palatina. La tumoración presenta una mucosa de revestimiento normal, ligeramente hiperémica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Lipoma
- Mixoma
- Adenoma pleomorfo
- Carcinoma adenoideo quístico

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se le realizó biopsia excisional de la lesión (Figura 2) para estudio histopatológico siendo informada de CAQ, con invasión perineural y perivascular dentro de un patrón cribiforme, con un mayor número de células mioepiteliales y sustancia mucoide (Figura 3). Con este diagnóstico se procedió posteriormente a una resección en bloque con amplios márgenes de seguridad, siendo informado de nuevo anatomopatológicamente con bordes quirúrgicos libres de extensión tumoral.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Carcinoma adenoideo quístico

CLAVES DEL CASO

El carcinoma adenoideo quístico (CAQ) es un tumor salival maligno infiltrativo, poco frecuente, que Biltroth (1959) denominó también Cilindroma. Se le conoce vulgarmente como “lobo con piel de cordero” pues es muy agresivo, aunque histológicamente no presenta características de malignidad. Representa el 4% de los tumores salivales y el 15% de los tumores malignos de la cavidad oral. Es el tumor maligno más frecuente en glándulas submandibular y sublingual y también puede afectar a las glándulas salivales menores frecuentemente en mucosa palatina. La localización en glándulas salivales menores, un tiempo de evolución clínica inferior a un año, y un estadio elevado con un tamaño tumoral grande son factores desfavorables respecto al pronóstico. La supervivencia a 10 años es del 50% en los pacientes con tumores < 2 cm, resaltando la importancia del diagnóstico precoz de esta lesión.



Fig. 1. Tumoración en paladar.

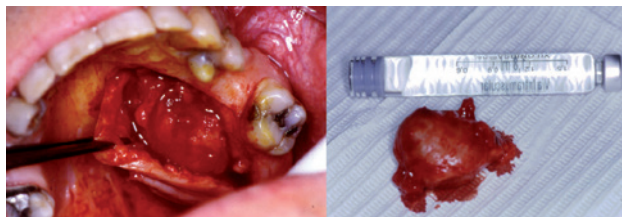


Fig. 2. (a) Toma de biopsia para estudio histopatológico. (b) Tamaño de la lesión.

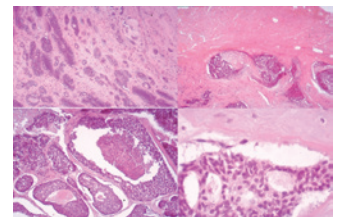


Fig. 3. Estudio histopatológico: invasión perineural y perivascular dentro de un patrón cribiforme, con un mayor número de células mioepiteliales y sustancia mucoide.



inspirin



Antonio Bascones