

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA – LEON

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CARRERA DE ODONTOLOGIA



”A La Libertad, Por La Universidad”

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

Neoplasias Malignas De Cavidad Oral Y Glándulas Salivales Diagnosticadas En El Departamento De Patología Del Heodra En El Periodo Comprendido De Abril Del 2002 A Diciembre 2012.

Autores:

BR Fernando Javier Gutiérrez Castro.

BR Luis Manuel López Zelaya.

BR Lester Daniel Lorio Espinoza.

Tutor:

DR. Luis Javier Espinoza Hernández.

León, 9 de Junio del 2014.

Dedicatoria.

Dedicamos esta Tesis Monográfica primeramente a Dios padre celestial por ser manantial de vida y sabiduría, y por darnos lo necesario día a día para lograr cada uno de nuestros objetivos.

A nuestros padres por todo el apoyo y consejos que nos daban para salir adelante en el duro camino universitario, por todas las palabras de aliento que nos motivaron a concluir nuestra formación profesional.

Agradecimientos.

Agradecemos de manera especial a nuestro tutor el Dr. Luis Espinoza por haber aceptado realizar esta tesis bajo su dirección, por compartir parte de su tiempo y conocimientos con nosotros, no solo para el desarrollo de esta Tesis sino en nuestra formación como profesionales.

Agradecemos a todas aquellas personas con deseo de conocimiento que hoy leen estas páginas y premian nuestro esfuerzo.

INDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
INTRODUCCION.....	5
OBJETIVOS.....	7
MARCO TEORICO.....	8
MATERIAL Y METODO.....	38
RESULTADOS.....	41
DISCUSION DE RESULTADOS	47
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES.....	50
BIBLIOGRAFIA.....	51
ANEXOS.....	52

Introducción.

Las neoplasias malignas son neoformaciones o crecimientos descontrolados y excesivos de los tejidos en comparación con los demás tejidos sanos del organismo, estas neoplasias malignas son altamente invasivas y causan rápidamente la destrucción del tejido en cuestión.

Las neoplasias malignas de la cavidad oral representan el 10% de los cánceres más comunes que afectan al ser humano, presentándose principalmente en adultos mayores, entre la 4^{ta} y 6^{ta} década de vida. Con el pasar del tiempo la frecuencia de aparición de estas neoplasias ha aumentado significativamente siendo la relación hombre mujer de hace 40 años 7:1 mientras que actualmente es de 2,5:1 siendo uno de los factores predisponentes de este incremento de incidencia en el sexo femenino el aumento de consumo de alcohol y tabaco.¹

Las neoplasias malignas de glándulas salivales representan únicamente el 3% de los cánceres de cabeza y cuello diagnosticados, estas neoplasias no tienen predilección por sexo pero alta incidencia en pacientes entre la 4^{ta} y 6^{ta} década de vida, los factores causales no se asocian a tabaco ni alcohol como en las demás neoplasias malignas de cabeza y cuello sino que están más relacionados con la exposición a la radiación en la mayoría de los pacientes.

El cáncer oral es una enfermedad que a pesar de no tener una mortalidad alarmante si tiene una gran letalidad ya que del 60 al 65% de los casos se diagnostican en etapas tardías ocasionando con esto que la supervivencia a 5 años del diagnostico sea del 40% en los pacientes afectados.²

A nivel mundial, las neoplasias malignas de cavidad oral y de glándulas salivales tienen una alta prevalencia, siendo esta la causa de muerte en un 10% de la población mundial. En el último siglo dichas patologías se han venido incrementando de manera alarmante, lo cual representa un verdadero problema de salud pública a nivel mundial, debido la gran cantidad de factores de riesgos a los que se asocian, así como a sus graves manifestaciones clínicas que requieren tratamientos que incrementan considerablemente los costos para los sistemas de salud y aún así se tiene una alta tasa de mortalidad.⁵

En Nicaragua se han realizado muy pocos estudios referentes al comportamiento epidemiológico de estas neoplasias y la mayoría se han enfocado al estudio de carcinomas, tampoco existe un registro departamental y mucho menos nacional del comportamiento de las neoplasias malignas de cavidad oral y glándulas salivales. Existen estudios en la base de datos del sistema de bibliotecas, que aunque no están relacionados directamente a neoplasias malignas de cavidad y glándulas salivales guardan cierta relación, tales como el estudio realizado por Ana Lorena Gutiérrez sobre Neoplasias Malignas de cabeza y cuello en niños de 1 a 10 años atendidos en el hospital Manuel de Jesús Rivera en el periodo de Enero 2000 a Junio 2002.

A través de este estudio se pretendió obtener información en relación al comportamiento epidemiológico de las neoplasias malignas de la cavidad oral y glándulas en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) debido a que no se han realizados estudios sobre este ámbito de una forma amplia, estos datos serían de gran valor y ayuda en la enseñanza de patología oral y otras disciplinas directamente relacionadas, ya que de esta forma podemos brindar información que enriquezca el conocimiento sobre las neoplasias malignas orales y glandulares en la población nicaragüense, por lo que se hace necesario conocer cuál es la frecuencia de neoplasias malignas de la cavidad oral y glándulas salivales diagnosticadas en el Departamento de Patología del HEODRA en el periodo abril 2002 a diciembre 2012.

Objetivo General.

- Determinar la frecuencia de las neoplasias malignas de la cavidad oral y glándulas salivales diagnosticadas en el departamento de patología del HEODRA.

Objetivo Específicos.

- Identificar las neoplasias malignas más frecuentes en la cavidad oral según edad y sexo.
- Identificar las neoplasias malignas más frecuente en glándula salival según edad y sexo.
- Determinar la región de la cavidad oral más frecuentemente afectada.
- Determinar la neoplasia más frecuentemente diagnosticada según glándula salival.

Marco Teórico

Cavidad oral

La cavidad oral o bucal es el primer segmento del tubo digestivo. Es una cavidad irregular cuya capacidad varía dependiendo de la proximidad o separación entre la mandíbula y el maxilar. La cavidad oral está dividida por las arcadas gingivodentales en dos partes, una periférica llamada vestíbulo de la boca y otra central llamada cavidad oral propiamente dicha.³

El vestíbulo de la boca es un espacio incurvado en forma de herradura comprendido entre las arcadas alveolodentales por una parte y por otra por los labios y las mejillas, la cavidad vestibular se abre al exterior mediante el orificio bucal y esta tapizada por encía en las arcadas dentales. La mucosa se refleja desde las mejillas y los labios sobre los arcos dentales formando los surcos vestibulares superior e inferior cada uno de estos canales presenta anteriormente sobre la línea media un repliegue mucoso, el frenillo del labio siempre mas saliente en el labio superior que en el inferior posteriormente los surcos tienen continuidad entre si recubriendo el borde anterior de la rama de la mandíbula y el tendón del musculo temporal.³

Cuando la boca se abre ampliamente y las mejillas son apartadas lateralmente se ve posterior a las arcadas dentales y mediales a la rama de la mandíbula un repliegue mucoso poco notorio, el rafe pterigomandibular.³

La pared lateral de la cavidad vestibular presenta a la altura del cuello del primero o del segundo molar maxilar el orificio de salida del conducto de Stenon.³

La cavidad vestibular se comunica con la cavidad oral propiamente dicha a través de los espacios interdentes y por un intervalo comprendido entre el borde anterior de la rama de la mandíbula y los últimos molares.³

La cavidad oral propiamente dicha está limitada anterolateralmente por las arcadas gingivodentales superiormente por el paladar e inferiormente por el suelo de la boca, en el cual sobresale la lengua, posteriormente la cavidad oral comunica con la faringe por medio de un orificio el istmo de las fauces, circunscrito por el velo del paladar superiormente, por los arcos palatoglosos lateralmente y por la base de la lengua inferiormente.³

La cavidad oral esta compuesta por un conjunto de órganos asociados que realizan en común múltiples funciones específicas como la masticación, la deglución, la fonación, etc. Algunos de estos constituyentes están formados por tejidos duros como los elementos dentarios y el hueso alveolar. Otros en cambio, son estructuras blandas que rodean, sostienen y protegen a los anteriores o bien tapizan y lubrican la cavidad bucal (mucosa y glándulas salivales).¹

Mucosa bucal.

Los tejidos blandos que tapizan la cavidad oral constituyen una membrana denominada mucosa. Toda mucosa está compuesta por un epitelio un tejido conectivo subyacente denominado corion o lamina propia ambos tejidos conectados por una lámina basal.⁴

La mucosa bucal al igual que todas las mucosas está integrada de tejido estructural y embriológicamente diferentes: una capa superficial constituida por tejido epitelial, de origen ectodérmico y otra subyacente de tejido conectivo de origen ectomesenquimático, derivados de la célula de la cresta neural, la lámina propia o corion, ambas conectadas por la membrana basal, esta relación suele ser ondulada ya que el tejido conectivo emite prolongaciones a su vez el epitelio se proyecta hacia la lamina propia en forma de evaginaciones que reciben el nombre de crestas epiteliales. Esta disposición facilita la nutrición del epitelio.⁴

Epitelio.

El epitelio de la mucosa bucal es del tipo plano estratificado. Puede ser queratinizado, paraqueratinizado o no queratinizado, constituido por dos poblaciones celulares una intrínseca propia del epitelio formada por los queratinocitos y la población extrínseca formada por una población de células permanentes o residentes y una población transitoria, las permanentes reciben el nombre de células dendríticas o claras que agrupan a los melanocitos, las células de Merkel y las células de Langerhans. La población transitoria esta formada por granulocitos, linfocitos y monocitos que ocasionalmente infiltran el epitelio.⁴

Los queratinocitos se disponen formando cuatro capas o estratos:

- Estrato basal o germinativo: Está constituido por una capa única de células de forma cubica o cilíndrica, el núcleo es redondo u oval y el citoplasma es intensamente basófilo, estos queratinocitos se conectan con la membrana basal mediante hemidesmosomas. En esta capa se hayan inmersos también los melanocitos, las células de Merkel y Langerhans.
- Estrato espinoso: Está formado por varias hileras de queratinocitos, las células que lo constituyen son poligonales de núcleo redondo, de cromatina laxa con citoplasma más o menos basófilo.
- Estrato granuloso: Está constituidos por dos o tres capas de células aplanadas o escamosas con un núcleo pequeño con cromatina densa, el citoplasma esta lleno de gránulos de queratohialina intensamente basófilos.⁴
- Estrato Córneo: Es la capa mas externa tiene una configuración física en capas de células que contienen queratina y una cohesión regular entre ellas mismas.

La mucosa de la cavidad bucal puede clasificarse de acuerdo a su localización y función en:

- Mucosa de revestimiento
- Mucosa masticatoria
- Mucosa especializada o sensitiva.

Mucosa de revestimiento.

Tapiza las mejillas el paladar blando las porciones lateral y ventral de la lengua e interna de los labios, el epitelio que lo forma es plano estratificado no queratinizado.⁴

Mucosa masticatoria.

Corresponde a la zona de la encía y el paladar duro, recibe todos los roces y fuerzas que se realizan durante la masticación. El epitelio que la constituye es plano estratificado paraqueratinizado.⁴

Mucosa especializada

Se denomina así a la superficie dorsal de la lengua, porque la mayoría de las papilas linguales poseen intraepitelialmente corpúsculos o botones gustativos. Estas estructuras son las encargadas de la recepción de estímulos para captar las diferentes sensaciones gustativas.⁴

Anatomía de glándulas salivales

Glándula parótida

Es la mayor de las glándulas salivales, esta encerrada dentro de una fascia tosca, procedente de la capa de revestimiento de la fascia cervical superficial. Esta glándula tiene una forma irregular, porque la zona que ocupa la celda parotídea, queda anteroinferior al conducto auditivo externo, enclavado entre la rama de la mandíbula y la apófisis mastoides. El vértice de la glándula parotídea se sitúa detrás del ángulo de la mandíbula y la base se relaciona con el arco cigomático. La cara lateral de la glándula parótida es casi plana y subcutánea.³

El conducto parotídeo o de Stenon tiene un curso horizontal desde el borde anterior. El conducto se origina medialmente en el borde anterior del masetero, perfora el musculo buccinador y llega a la cavidad bucal a través de un pequeño orificio en frente de 2º molar superior.

Glándula Submandibular.

Esta situada en la porción lateral de la región suprahioidea, y ocupa la depresión angulosa comprendida entre la cara medial de la mandíbula por un lado y los músculos suprahioideos, la cara lateral de la raíz de la lengua y de la faringe por otro.⁶

Esta contenida en una excavación osteomusculofascial, llamada celda submandibular, y presentan tres caras, superolateral, inferolateral y medial.

Su conducto excretor principal, es el conducto de Wharton, que nace en la cara interna de la glándula y excreta sus secreciones en el piso de la boca en un par de orificios ubicados a ambos lados de frenillo lingual.

Glándula Sublingual

Se encuentra situada por debajo de la mucosa del suelo de la boca y por su porción dorsal contacta con el extremo dorsal o posterior de la glándula submandibular. Su sistema de conductos excretores principales (conducto de Bartholin), por regla general, se une al de la glándula submandibular a nivel de la carúncula y su inervación es similar a la de la glándula submandibular, sus conductos excretores accesorios desembocan en los pliegues sublinguales. El conducto excretor principal es el conducto de Bartholin, que desemboca en la carúncula sublingual muy próximo al conducto de Wharton de las glándulas submaxilares. Existe cierto número de conductos excretores accesorios pertenecientes a las unidades glandulares menores, que se abren a los lados del frenillo lingual, entre los cuales el más importante es el conducto de Rinius.^{3 6}

Glándulas salivales menores

Se encuentran distribuidas por la boca, faringe, fosas nasales y senos paranasales, laringe y mucosa traqueal y se acumulan preferentemente a nivel de la cara interna de los labios (glándulas labiales), en la mucosa de la mejilla (glándulas bucales) y a nivel del velo del paladar (glándulas palatinas)³. Las glándulas salivales menores producen entre 5-8% del volumen total de saliva y, a pesar de ello, suministran humedad suficiente a la mucosa cuando varias glándulas salivales mayores desaparecen. Solo se presenta xerostomía severa cuando su capacidad secretora de saliva desaparece (p. ej., tras irradiación).⁶

EMBRIOLOGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.

Entre la sexta y séptima semana las glándulas salivales aparecen como yema epiteliales sólidas a partir de la cavidad oral primitiva, los extremos (yemas) crecen hacia el mesénquima subyacente. El tejido conjuntivo de las glándulas proviene de las células de la cresta neural. Todo el tejido parenquimatoso (secretorio) procede de la proliferación del epitelio bucal.¹⁰

Glándula parótida: Son las primeras que aparecen en la sexta semana se desarrollan a partir de las yemas que surgen del revestimiento ectodérmico bucal cerca de los ángulos del estomodeo. Las yemas crecen hacia las orejas y se ramifican formando cordones sólidos con los extremos redondeados, en la séptima semana los cordones se canalizan y se convierten en conductos. Los extremos redondeados de los cordones se diferencian en acinos. A las 18 semanas comienzan las secreciones, la cápsula y el tejido conjuntivo se desarrolla a partir del mesénquima circundante.¹⁰

Glándulas submandibulares: A finales de la sexta semana aparecen. Se forman a partir de las yemas endodérmicas, en el suelo del estomodeo. Aparecen las prolongaciones celulares sólidas que crecen en sentido posterior y laterales a la lengua en desarrollo, más tarde se ramifican y se diferencian de acinos mucosos. El conducto submandibular se forma en un surco lineal en un lado de la lengua que en poco tiempo se cierra por arriba.¹⁰

Glándulas sublinguales: Aparecen a las 8 semanas, se desarrolla a partir de las yemas epiteliales endodérmicas múltiples en el surco paralingual. Estas yemas se ramifican y canalizan para constituir entre 10 o 12 conductos que se abren de modo independiente en el suelo de la boca.¹⁰

Glándulas salivales menores: Labiales, palatinas, linguales, genianas y glosopalatinas.

El proceso de embriogénesis es común a todas las glándulas salivales y cada una de ellas se origina en un lugar específico de la mucosa del estomodeo. Primeramente se produce un engrosamiento del epitelio en el sitio donde la glándula verterá sus secreciones; de allí se origina un brote epitelial en forma de cordón celular macizo que se invagina en el ectomesénquima subyacente y se ramifica dicotómicamente en su extremo distal. Posteriormente los cordones desarrollan una luz en su interior transformándose en conductos y los extremos distales se diferencian en unidades secretoras. Se propone que, debido a su ubicación en la zona lingual posterior, las glándulas de Von Ebner son de origen endodérmico. Inician su desarrollo entre la octava y décima semana. Entre la décimo sexta y la vigésima semana se observan acinos y conductos en formación. A las 20 semanas tanto los acinos como el sistema ductal están estructuralmente diferenciados. Las células acinares serosas a las 32 semanas presentan granulaciones apicales de distinto tamaño y densidad.¹⁰

HISTOLOGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

Las unidades secretoras de las glándulas salivales están representadas por acinos o Adenómeros, que vierten su secreción a la cavidad oral por un sistema de conductos excretores. Ambas estructuras, acinos y conductos constituyen el parénquima o porción funcional de las glándulas. Este parénquima está acompañado y sostenido por tejido conectivo que conforma el estroma. En el estroma se distribuyen los vasos sanguíneos y

linfáticos, así como los nervios simpáticos y parasimpáticos que controlan la función glandular.¹⁰

Estructura histológica general de las glándulas.

Parénquima glandular

Adenómeros: son agrupaciones de células secretoras de aspecto piramidal que vierten su secreción por su cara apical a la luz central del acino. A partir de cada acino se origina un conducto, su pared está formada por células epiteliales de revestimiento y su luz es continuación de la luz del acino.

Existen 3 tipos de acinos, de acuerdo con su organización y tipo de secreción de sus células.

- Acinos serosos: son pequeños y esféricos, constituidos por células "serosas", las cuales poseen la estructura típica de las células que sintetizan, almacenan y secretan proteínas.
- Acinos mucosos: son más voluminosos que los serosos, su forma es tubular. Sus células globosas están cargadas de grandes vesículas que contienen "mucinógeno". Las vesículas de secreción desplazan el núcleo, dando un aspecto aplanado y comprimido contra la cara basal de las células, éstas producen una secreción viscosa por lo que poseen una luz bastante amplia.
- Acinos mixtos: están conformados por un acino mucoso provisto de uno o más casquetes de células serosas. Histológicamente presentan un aspecto de media luna. La secreción de las células de los casquetes serosos pasa por delgados canalículos intercelulares hasta llegar a la luz central del acino donde se mezclan con la secreción mucosa.⁴

Todo adenómero se encuentra rodeado por una membrana basal; por dentro de esta membrana se encuentran las "células mioepiteliales". Estas células tienen como función contraerse para facilitar la expulsión de la secreción de células acinares.

Sistema ductal

En las glándulas salivales mayores cada lobulillo está formado por cierta cantidad de acinos, cuyos conductos excretores se unen progresivamente hasta originar un conducto de mayor calibre que al fin sale del lobulillo. Los conductos que se ubican dentro del lobulillo son denominados intralobulillares y de ellos hay 2 categorías: conductos intercalares y los conductos estriados.⁴

Los conductos que corren por los tabiques de los tejidos conectivos ya fuera del lobulillo son denominados conductos excretores terminales o colectores. Estos conductos son en sus

primeros tramos interlobulillares y a medida que confluyen entre si se denominan interlobulares. La unión de estos últimos originara el conducto excretor principal.

En las glándulas menores, la división en lobulillos no siempre es completa distinguiéndose en general, conductos intra y extra lobulillares.⁴

Histológicamente describe las siguientes características de los conductos.

- Conductos intercalares: se origina de cada acino, son de calibre pequeño y se encuentra comprimidos por las unidades secretoras. La pared de estos conductos está formados por una sola capa de células cúbicas bajas, rodeadas por células mioepiteliales envueltas por una membrana basal. Tiene como función pasivo en el transporte de la saliva primaria formada por las células acinares.⁴
- Conductos estriados: se originan por unión de dos o más conductos intercalares. Son de mayor diámetro que los conductos intercalares y su luz es más amplia. Están revestidas por una hilera de células epiteliales cúbicas altas o cilíndricas con citoplasma acidófilo y núcleos esféricos de ubicación central. Se les denomina estriados porque tienen diferentes estriaciones que corresponden a una gran cantidad de mitocondrias filamentosas localizadas entre las invaginaciones o pliegues de la membrana plasmática de la cara basal. La denominación de conductos excretosecretores se debe a que no solo transporta la secreción acinar (saliva primaria) sino que sus células intervienen de forma activa realizando intercambio iónicos, trasformando saliva primaria en secundaria.
- Conductos excretores o colectores: la porción inicial son conductos interlobulillares que corren por los tabiques conectivos que separan los lobulillos glandulares. Se caracteriza por estar revestida por epitelio cilíndrico simple de citoplasma eosinófilo, con pocas estriaciones basales que desaparecen.⁴

Unidad histofisiológica glandular

A esta unidad se le denomina Sialona, a la unidad fisiológica mínima del parénquima glandular salival. Una sialona comprende una pieza secretora o adenómero y las porciones ductales que modifican el producto sintetizado por el adenómero.⁴

Estroma glandular.

El parénquima glandular está inmerso en un tejido conectivo que lo divide, sostiene y encapsula. Este tejido se le denomina estroma y a través de él se lleva a cabo la irrigación y la inervación de las glándulas salivales.

De la cápsula surgen tabiques que delimitan los lobulillos y los lóbulos del parénquima (en glándulas mayores). En glándulas menores el tejido conectivo glandular que se encuentra

entre los grupos de acinos o alrededor de los conductos, se confunden imperceptiblemente con el tejido conectivo circundante y no hay una verdadera cápsula.⁴

En el interior de cada lobulillo el estroma está representado por una delgada trama de tejido conectivo laxo, provista de abundantes fibras reticulares que sostienen los acinos y conductos y acompañan a los numerosos capilares periductales periacinares y a las terminaciones nerviosas que llegan hasta las células secretoras. Además de fibroblastos, el tejido conectivo estromático contiene plasmocitos, mastocitos, macrófagos, leucocitos y adipocitos (glándula parótida y submaxilar).

En el tejido conectivo presenta numerosos linfocitos que se introducen en el epitelio y en las células plasmáticas, los plasmocitos son los encargados de producir Ig A.⁴

Estructura histológica de las glándulas salivales mayores⁽⁴⁾

Glándula parótida

Las parótidas son glándulas acinares compuestas y contienen únicamente acinos de tipo seroso. Estas glándulas poseen una gruesa cápsula y una tabicación nítida en lóbulos y lobulillos. Los conductos intralobulillares están bien desarrollados, particularmente los intercalares que son largos.⁴

En los conductos estriados se han descrito, además de las células claras y oscuras, otros dos tipos de células, el tipo I que correspondería a células mioepiteliales y el tipo II con núcleo dentado y escasos filamentos que correspondería a una célula madre precursora. Asimismo, en estos conductos puede identificarse citoqueratinas.⁴

En los tabiques y dentro de los lobulillos existe una gran cantidad de adipocitos. Con la edad, gran parte del parénquima funcional puede ser reemplazado por tejido adiposo.

La secreción salival de las glándulas parótidas es rica en amilasa y contiene, además, cierta cantidad de sialomucinas y sulfomucinas.⁴

Glándulas submandibulares

Poseen una cápsula bien desarrollada y en general, por la organización del parénquima y del estroma son comparables a la glándula parótida.

De acuerdo al tipo de acinos y a la secreción producida, las submaxilares son glándulas tubuloacinares seromucosas, ya que existen en ella acinos serosos y acinos mixtos. Se estima que la relación de las estructuras serosas con respecto a las mucosas es de diez a una.⁴

En el estroma de las glándulas submaxilares hay abundantes adipocitos, pero no llegan a ser tan numerosos como en la parótida. El sistema ductal se caracteriza porque los conductillos

intercalares son más cortos que los de la glándula parótida, mientras que los conductos estriados son más largos e identificables.

Desde el punto de vista ultraestructural se ha comprobado que las células serosas de las glándulas submaxilares humanas presentan plegamientos basales e interdigitaciones con células vecinas, más desarrollados que los que existen entre las células acinosas de las glándulas parótidas.⁴

Glándulas sublinguales

La cápsula que envuelve las glándulas sublinguales está poco definida y con cierta frecuencia se forma durante el desarrollo un complejo capsular que engloba, tanto a la submaxilar, como a la sublingual.⁴

De acuerdo a su estructura las glándulas sublinguales son compuestas tubuloacinosas y tubulares, mientras que por el tipo de acinos y la secreción que producen son glándulas mucosas. Presentan un predominio de los componentes mucosos, la mayoría de los cuales son en realidad acinos mixtos, ya que cuentan con pequeñas semilunas serosas. Son muy escasos los acinos serosos puros. Los conductos intercalares son muy cortos y en las preparaciones histológicas prácticamente sólo se distinguen conductos intralobulillares comparables a los estriados, pero sus células no presentan el desarrollo típico de los pliegues basales.⁴

La notable heterogeneidad histológica que se observa en las glándulas sublinguales humanas, se atribuye en especial a los diferentes estadios de maduración que pueden presentar las células mucosas.

Neoplasias malignas de cavidad oral y glándulas salivales.⁶⁷

Neoplasias Malignas de origen epitelial de cavidad oral.	Carcinoma Basocelular
	Carcinoma Mioepitelial
	Carcinoma Escamoso
	Carcinoma de Células Pequeñas
	Carcinoma Verrucoso
	Lentigo Maligno
	Melanoma
	Carcinoma Indiferenciado
Neoplasias Malignas de origen epitelial a nivel de glándulas salivales	Adenocarcinoma de Células Basales
	Carcinoma Oncocítico
	Carcinoma de Células Acinares.
	Carcinoma Mucoepidermoide
	Tumor Mixto Maligno
	Carcinoma Adenoideo Quístico
	Adenocarcinomas Polimorfo de Bajo Grado
	Carcinoma de Células Claras
	Rabdomiosarcoma
	Leiomiomasarcoma
Linfoma no Honking	
Neoplasias Malignas de origen mesenquimal de cavidad oral.	Sarcoma de Kaposi
	Fibrosarcoma
	Neurosarcoma
	Histiocitoma Fibroso Maligno

CARCINOMA BASOCELULAR.

Las células basales son células epiteliales pequeñas cubicas que se encuentran en la capa basal de la piel. Cuando estas células se vuelven cancerosas, se convierten en tumores de piel, que a veces destruye la piel y los tejidos cercanos. Esto puede ser especialmente devastador si se desarrolla un carcinoma basocelular, que puede desfigurar el rostro e interferir con las funciones de los párpados y boca. Los carcinomas basocelulares raramente se diseminan (metastatizan) o causan la muerte, pero pueden agrandarse con el paso del tiempo, lo que causa daño alrededor y debajo de los tumores.⁹

Al igual que las otras dos formas de cáncer de piel, es decir el carcinoma de células escamosas y melanoma, el carcinoma basocelular a menudo se desarrolla como consecuencia de repetidas y prolongadas exposiciones al sol. Es por esto que el carcinoma basocelular es más frecuente en personas que pasan muchas horas bajo el sol, especialmente si tiene piel clara y ojos azules. En ocasiones, el carcinoma basocelular puede estar causado por la exposición a arsénico o ciertos contaminantes industriales. Las personas mayores, que han recibido tratamiento con rayos por el acné cuando adolescentes, tienen mayor riesgo de desarrollar carcinoma basocelular.

Características clínicas.

Un carcinoma basocelular de piel generalmente aparece como una lesión exofítica papular con el centro umbilicado, de tamaño pequeño e indoloro con una superficie perlada. A medida que el cáncer crece lentamente, el centro de esta lesión puede comenzar a doler y formar una lesión que sangra, se hace costra o escara. Aunque se localiza comúnmente en el rostro, particularmente en la nariz, el carcinoma basocelular puede desarrollarse en los oídos, espalda, y otras superficies de la piel frecuentemente expuestas al sol.

Existen otras variantes clínicopatológicas como: el Carcinoma Basocelular Pigmentado, un tipo raro de Carcinoma Basocelular llamado Carcinoma Basocelular Morfeiforme puede tener la apariencia de una escara y el Carcinoma Basocelular Superficial.⁵

Histopatología.

Microscópicamente, los carcinomas basocelulares muestran, a pequeño aumento, una estructura formada por nidos de células basolioides, en disposición aleatoria y con agrupamiento de células en la periferie, a modo de empalizada, rodeados por unos espacios claros "de retracción". Las células tumorales presentan un núcleo hiper cromático con citoplasma relativamente pequeño y mal definido. Existen numerosas figuras mitóticas, a veces atípicas, y un número bastante alto de células en apoptosis. En las zonas de alto índice de proliferación, podemos encontrar, al microscopio electrónico, engrosamiento y duplicación de la membrana basal, mientras que donde no se desarrolla esta, con mucha frecuencia se advierten proyecciones en forma de pseudópodos citoplasmáticos. En la

periferie de los nidos neoplasicos, las células tienen morfología cilíndrica, larga y estrecha, con escaso citoplasma y núcleo de tamaño considerable. Estas células tienen menos desmosomas, lo cual parece ser responsable, en cierta medida, de la retracción que aparece entre los nidos tumorales y el estroma. Además, los espacios claros peritumorales se producen por degeneración vacuolar de las células neoplasicas periféricas.^{5,6}

CARCINOMA EPIDERMOIDE

El carcinoma epidermoide, denominado a veces carcinoma de células planas, se define como una neoplasia maligna derivada del epitelio o escamoso. El carcinoma epidermoide suele ser la etapa final de la alteración del epitelio plano estratificado, iniciándose como una displasia epitelial y evolucionando hasta que las células epiteliales displasicas rompen la membrana basal e invadan el tejido conjuntivo.⁹

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más frecuente de la cavidad oral, representando alrededor del 94 % del total de canceres orales. Aunque se presenta en diversas localizaciones orales, es más frecuente en el labio inferior, en los bordes laterales de la lengua y en el piso de la boca. La incidencia del carcinoma epidermoide aumenta con la edad, la mayoría de los casos se presentan después de los 40 años, con una ligera predilección por el sexo masculino.⁵

Las localizaciones estomatológicas preferentes (en orden decreciente de frecuencia): labio inferior, lengua, suelo de la boca, encías, vestíbulo y paladar blando.

Características clínicas.

Las presentaciones tempranas más comunes de este carcinoma son las leucoplasias y eritroplasias. Cuando las lesiones ya están avanzadas puede aparecer como una úlcera indolora, una masa tumoral o una excrecencia verrucosa. Otra forma de presentación es la escasez de cambios superficiales, donde aparece una zona indurada firme, con pérdida de la movilidad del tejido. Las lesiones iniciales pueden pasar inadvertidas, ya que en muchas ocasiones son asintomáticas. Suelen ser placas de color rojo (eritroplasia), acompañadas o no de lesiones de color blanco (eritroleucoplasia).

En algunas ocasiones puede tener el aspecto clínico de una leucoplasia. A medida que la lesión crece se vuelve más exofítica, sin embargo, algunos tumores pueden tener un crecimiento endofítico caracterizado por una superficie ulcerada y deprimida¹

Las lesiones avanzadas pueden presentarse de tres formas clínicas:

a) Las formas exofíticas, que puede ser verruciforme, papilar y fungiforme, estas son tumoraciones de crecimiento hacia fuera. Aparecen como masas sobrelevadas de amplia base y superficie nodular. A la palpación se percibe la infiltración en los bordes y en la base.

b) La forma ulcerada o endofítica, es la más frecuente. Se caracteriza por una úlcera de forma irregular, profunda, de bordes evertidos, fondo sucio, consistencia dura e infiltración en profundidad.

c) La forma leucoplasica o lesiones precancerígenas.

Los cánceres muy avanzados se presentan como crecimientos ulcero-proliferativos junto con áreas de necrosis y extensión hacia estructuras vecinas, como el hueso, músculo y piel.²

Histopatología

El carcinoma oral de células escamosas se caracteriza por la proliferación de nidos, cordones o islotes neoplásicos que recuerdan en mayor o menor grado el epitelio escamoso de donde derivan y que penetran en el tejido conectivo. Se han propuesto diversas clasificaciones desde el punto de vista patológico, siendo la más aceptada la clasificación de la OMS que los divide en tres grados de malignidad, según el grado de queratinización, el pleomorfismo celular, nuclear y la actividad mitótica.

- Bien diferenciados: presentan una gran semejanza con las células epiteliales, se observa abundante formación de queratina en forma de perlas córneas o como queratinización celular individual. La atipia celular y el número de mitosis son mínimas. Se observa un infiltrado inflamatorio crónico peritumoral bastante marcado, formado por linfocitos y células plasmáticas.⁹

- Moderadamente diferenciados: presentan menor semejanza con las células epiteliales, y el grado de atipia nuclear así como el número de mitosis es mayor. Por otra parte, disminuye la formación de perlas córneas y la queratinización individual.

- Pobremente o poco diferenciados: la similitud con las células epiteliales es tan pequeña que en ocasiones es difícil establecer el origen escamoso de estos tumores y hay que recurrir a técnicas inmunohistoquímicas para demostrar si hay positividad a la citoqueratina. Existe un gran pleomorfismo nuclear y un elevado número de mitosis.

Los tumores bien diferenciados pueden ser considerados como de bajo grado, mientras que los pobremente diferenciados o indiferenciados son de alto grado, existen tumores de grado intermedio con características de moderada diferenciación.

El carcinoma In Situs es aquel que no ha roto la membrana basal y por ello no se ha extendido hacia el tejido conectivo subyacente. El concepto tiene un interés especial ya que se considera que los carcinomas *in situ* son susceptibles de ser curados con una simple extirpación tumoral.⁵

CARCINOMA VERRUCOSO

Se considera como una variante del carcinoma de células escamosas y es de bajo grado de malignidad. Este tipo de cáncer es más común en hombres mayores de 50 años, fumadores, pero especialmente en personas que mastican tabaco.

Características clínicas

Tiende a crecer más en sentido superficial y no infiltra regularmente a los tejidos subyacentes, por lo cual no es muy agresivo, generalmente es una lesión blanca de aspecto verrucoso, ubicada en la cara interna de la mejilla o encía/reborde alveolar, que en ocasiones esta sobre infectada con candida. Este se caracteriza por un crecimiento en forma de coliflor con una superficie verrucosa de coloración blanco grisáceo, pudiendo presentarse también áreas eritematosas. Puede tornarse localmente agresivo si no se trata correctamente.⁹

Histopatología

En la histología se observa una proliferación epitelial verrucosa, con múltiples grietas rellenas de paraqueratina, al igual que en su superficie, con marcada acantosis, y signos de atípicas, leves a moderadas. Cerca del 20% de los Carcinomas Verrucosos presentan focos de Carcinoma Epidermoides por lo que es necesario, al tratarse de lesión generalmente muy extensa, realizar múltiples cortes.⁹

Microscópicamente el carcinoma verrugoso es un crecimiento exofítico de epitelio escamoso estratificado con crestas profunda bulbosas que muestran o no atipia e invaginaciones profundas con paraqueratosis u ortoqueratosis, rara vez da metástasis.

CARCINOMA DE CELULAS ACINARES.

Es una neoplasia que compromete o afecta fundamentalmente las glándulas salivales mayores en especial la glándula Parótida en un 85-90% de los casos. El supuesto origen de esta patología es la célula de reserva de los conductos intercalares, aunque hay razones para creer que la célula acinar retiene por sí misma el potencial de transformación neoplásica. Los elementos neoplásicos se pueden organizar en una forma que simula la unidad acinar del conducto intercalar.

Características Clínicas.

Puede presentarse en todos los grupos de edad. Con su incidencia máxima entre los 50-60 años de vida. Presenta ligera predilección por el sexo femenino. Representa el 14% de los tumores en la parótida y 9% del total de carcinomas de glándula salival en todos los sitios posibles.⁹

Un signo poco habitual es la frecuencia con que afecta ambas glándulas parótidas, casi un 3%. En la cavidad bucal, casi todos los casos se presentan en el paladar y la mucosa bucal. La lesión es de crecimiento lento menor de 3 cm de diámetro. El dolor es un síntoma inicial infrecuente.⁵

Histopatología.

Se puede observar un notable patrón de crecimiento quístico. Se caracteriza por lóbulos grandes de células tumorales con poco estroma interpuesto, La disposición de las células neoplásicas es variable y son evidentes varios patrones de crecimiento. Por lo general se disponen como masas sólidas con bordes romos o agresivos. El crecimiento más común es el sólido, seguido muy cerca por un patrón trabecular, también formas micro quístico papilar y folicular. El tipo predominante de célula es la acinar bien diferenciada con gránulos citoplasmáticos que varían desde finamente difusos hasta grandes y burdos. Las células del tipo de conducto intercalar se identifican en casi una tercera parte de los casos y las células vacuoladas e inespecíficas aparecen en alrededor de una cuarta parte de los casos.⁸

Muchos carcinomas de células acinares muestran elementos ocasionales de células claras y se han encontrado ejemplos raros compuestos en su totalidad por células claras. Se reflejan elementos acinares normales con gran cantidad de retículo endoplasmático rugoso, complejo de golgi bien desarrollado y formación de gránulos secretorios.^{8,9}

Este carcinoma rara vez ocasiona metástasis, pero evidencia una fuerte tendencia a recurrir en un 83.3% de los casos a los 5 años. Los signos desfavorables para el pronóstico incluyen dolor o fijación al tejido circundante, la invasión macroscópica del tumor al tejido adyacente y características microscópicas de desmoplasia, atipia celular y mayor actividad mitótica.⁵

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO.

Este es uno de los tumores más engañosos y frustrantes de todos los tumores surgidos de cabeza y cuello. Es muy distinta de las neoplasias glandulares, debido a su aspecto microscópico, características evolutivas, tasa elevada de recurrencia local y propagación sistémicas. Se dice que este se origina de las células de reserva en los conductos intercalares o en el complejo de túbulos terminales.⁵

Esta patología aparece en las glándulas salivales mayores, y con frecuencia en las glándulas salivales menores, la glándula parótida es la más afectada de las glándulas mayores. La mayoría de los pacientes son adultos. No hay predilección por sexo, aunque las lesiones en la glándula submandibular muestran una ligera predominancia en mujeres.⁵

Características Clínicas.

Es una masa unilobular, firme a la palpación y en ocasiones con algo de dolor e hiperestesia. Su crecimiento es lento y están durante varios años antes que el sujeto solicite tratamiento.⁵

La debilidad o parálisis del nervio facial puede en ocasiones ser el síntoma inicial, pero sobretodo es típico en etapas tardía. Con frecuencia hay invasión a hueso, al principio sin cambio en las radiografías. La propagación a distancia es más común a los pulmones y menos a ganglios linfáticos regionales. También tiende a invadir espacios perineurales que se encuentren mucho más allá del sitio de la enfermedad clínica. Una característica frecuente es la ulceración de la mucosa superficial del paladar.

Histopatología

Se nota un patrón de crecimiento cribiforme cilindromatoso, trabecular- tubular, basaloide solido o una combinación de todos estos. Aéreas de necrosis central entre grupos sólidos de células pueden indicar una forma más agresiva de la enfermedad. Las células individuales que componen el tumor son pequeñas y cuboidales con grandes núcleos isoformicos fuera de proporción. No se reconoce atipia nuclear o esta reducida al mínimo, ni figuras mitótica. La agresión de cromatina es densa y los contornos nucleares homogéneos.⁵

El aspecto morfológico distintivo son la formación de espacios pseudoquísticos que contienen áreas de sustancia acelular, este material consta principalmente de mucopolisacaridos sulfatados caracterizados desde el punto de vista ultra estructural por múltiples capas o material replicado de la lámina basal. Una característica microscópica muy importante es la invasión perineural e intraneural.⁸

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

Todos los grados de carcinoma mucoepidermoide tienen potencial metastásico, sin embargo los carcinomas mucoepidermoides de grado bajo suelen seguir un curso invasivo local y no son agresivos. Como el nombre lo sugieren estos carcinomas son tumores epiteliales productores de mucina. Se cree que se desarrollan en las células de reserva de los segmentos intertubular e intratubular del sistema de conductos salivales.⁵

Entre el 60 a 90% de los casos afectan la glándula parótida. Representa el tumor maligno más común de las glándulas salivales y también el más común de las glándulas salivales en niños. Los carcinomas mucoepidermoides corresponden aproximadamente al 34% de las neoplasias malignas de la parótida, 20% de la glándula submandibular y 29% de los procesos malignos en glándulas salivales menores. Este tumor también se puede originar centralmente en la mandíbula, presuntamente en elementos salivales embrionarios atrapados o por transformación neoplásica de células mucosas localizadas en quistes odontógenos. Esta patología prevalece entre los 30 y 50 años de edad, con predominio de 3:1 en mujeres .⁵

Características Clínicas.

Las manifestaciones clínicas del carcinoma mucoepidermoide dependen en gran medida del grado de malignidad. Los tumores con bajo grado de malignidad experimentan un período prolongado de crecimiento indoloro. En la cavidad bucal el carcinoma mucoepidermoide casi siempre recuerda una extravasación o mucocele similar a la retención que a veces puede ser fluctuante como resultado de la formación de quistes. Los tumores con alto grado de malignidad crecen con rapidez y muchas veces se acompañan de dolor y ulceración mucosa. En las glándulas salivales mayores, los tumores de grado alto pueden presentarse con evidencia de afección del nervio facial o signos obstructivos. En la mandíbula o maxila los carcinomas mucoepidermoides se originan en circunstancias poco habituales y casi siempre se detectan como anomalías radiotransparentes expansibles situadas en las regiones molar y premolar.

El carcinoma mucoepidermoide central (intraóseo) de los maxilares se localiza habitualmente en la mandíbula; no obstante, se han observado algunos casos en el maxilar superior. En torno al 4% de los carcinomas mucoepidermoides se desarrollan en la región central del hueso. Algunos de estos tumores se detectan debido a la expansión ósea y al aumento de tamaño del hueso, clínicamente evidente, y otros se observan en radiografías dentales rutinarias. Las lesiones centrales pueden ser radiotransparencias uniloculares o multiloculares y son más frecuentes en la región del tercer molar mandibular. La neoplasia a menudo se asocia con un diente impactado, lo que sugiere cierta relación con el tejido odontógeno. A diferencia de otros tumores malignos intraóseos de los maxilares, el carcinoma mucoepidermoide no suele producir parestesias.⁹

Existen tres tipos de grados de carcinomas mucoepidermoides

Los carcinomas mucoepidermoides están por lo regular bien circunscritos, aunque infiltra el tejido adyacente. La mayor parte de las neoplasias mucoepidermoides de bajo grado se componen de células secretoras de moco dispuestas alrededor de estructuras microquísticas, frecuentemente entremezcladas con células intermedias o epidermoides. Las células que contienen mucina se caracterizan precisamente por la mucina intracelular. La confluencia de quistes pequeños en espacios quísticos más grandes es la típica malignidad de bajo grado. Estos quistes pueden distender el tejido de apoyo circundante y romperlo, permitiendo el derrame de moco en los tejidos vecinos con una reacción inflamatoria reactiva correspondiente. En el borde de los tumores de bajo grado, el patrón más frecuente es el de bordes frontales agresivos, que atestiguan la invasividad de los tumores de bajo nivel.⁵

Los procesos malignos de grado alto (y grado intermedio) se distinguen por grupos de células neoplásicas con escasos espacios quísticos y células mucosas. El número de células epidermoides e intermedias crece a expensas de las células mucosas más diferenciadas.

Puede observarse pleomorfismo celular, hiperchromatismo nuclear y figuras mitóticas en estos tumores. En muchos carcinomas mucoepidermoides de alto grado gran parte de las lesiones se asemeja al carcinoma de células escamosas y sólo es evidente un pequeño número de células mucosas. En anormalidades de alto grado se puede reconocer infiltración, en forma de cuerdas y bandas de células, mucho más allá del foco clínico evidente del tumor. El carcinoma mucoepidermoide central de los maxilares suele ser de bajo grado. Se cree que estos tumores derivan del epitelio odontógeno, ya que los quistes dentígeros muestran a veces áreas de metaplasia mucosa en su revestimiento de epitelio plano estratificado. Aproximadamente la mitad de los carcinomas mucoepidermoides centrales presentan un revestimiento epitelial odontógeno coexistente a partir del cual se demuestra la transformación tumoral. Los quistes odontógenos con metaplasia celular, mucosa extensa y los quistes glandulares o sialo-odontógenos comparten muchas características histológicas con el carcinoma mucoepidermoide central, complicando a veces su diagnóstico.⁹

Los carcinomas mucoepidermoides de bajo grado suelen seguir un curso clínico benigno, sin embargo, en varios casos las malformaciones de bajo grado muestran metástasis extensas. La agresividad de los carcinomas de alto grado se confirma habitualmente en la clínica durante los primeros años después del tratamiento inicial, con metástasis locales y distantes hasta en 60% de los casos. Las neoplasias de bajo grado muestran una supervivencia a cinco años de 95% o mayor. En cambio, las anomalías de alto grado la tasa de supervivencia sólo es de 40%.⁸

MELANOMA.

Neoplasia maligna de melanocitos que aparece en la piel y mucosas al principio tiene un crecimiento radial y superficial antes de extenderse a los tejidos subyacentes más profundos y metastatizar.⁵

El melanoma también llamado melanoma maligno se presenta con gran frecuencia en la piel donde se divide en cuatro tipos principales: 1) extensión superficial, 2) lentigo maligno, 3) lentiginoso acral, 4) nodular.⁹

Los melanomas se pueden presentar en las mucosas, o en la piel en personas de tez blanca que han tenido una exposición prolongada a la luz solar directa, el tipo oral no está relacionado con la exposición al sol.⁵

Clínica.

La mayoría de los melanomas aparecen en adultos blancos, en un rango de edad entre los 50 y 55 años pocos melanomas ocurren en la segunda y tercera décadas de la vida. Exhiben dos formas de crecimiento, la fase de crecimiento radial y la fase de crecimiento vertical, la

fase de crecimiento radial predomina en el lentigo maligno, lentiginoso acral y melanoma superficial.⁵

MELANOMA DE EXTENSION SUPERFICIAL:

Es la forma más común de melanoma que se presenta como un área macular de forma irregular y color marrón negro con bordes no edentulos y lesiones satélites en las cuales se desarrollan finalmente áreas de melanoma nodular³, por lo general aparece en la región interescapular en hombres y extremidades inferiores en las mujeres.⁵

Histopatología

La fase de crecimiento radial se caracteriza por la presencia en la capa epitelial de grandes melanocitos atípicos que muestran un citoplasma abundante pálido y están organizados en pequeños cúmulos en la interfase epitelio conectivo, suele ser frecuente la micro invasión focal, el estado nodular y ulcerado se caracteriza por una invasión franca del tejido conjuntivo por las células tumorales, las cuales suelen organizarse describiendo un patrón alveolar.⁹

LENTIGO MALIGNO.

Aparece sólo en áreas expuestas al sol principalmente en las mejillas y sien de hombres y mujeres ancianos de raza blanca, suele aparecer sobre una lesión preexistente denominada peca melanotica de hutchinson evoluciona lentamente a lo largo de un periodo de 15 años o más. Se presenta como una lesión macular abigarrada relativamente grande irregular y asimétrica, su color varia ampliamente desde un tono pardo a negro, siendo este último indicativo de malignidad algunas lesiones muestran un área central de cicatrización palida.⁸

Histopatología

El epitelio es atrófico, la capa basal presenta un número mayor de melanocitos citológicamente atípicos con cantidad variable de gránulos de melanina gruesos. Aunque en la mayoría de los casos los melanocitos atípicos están dispersos por toda la capa basa, el estadio de crecimiento vertical suele ir acompañado de una respuesta fibroblástica y linfohistiocítica del huesped.⁸

LENTIGINOSO ACRAL.

Lesión macular de color marrón con forma irregular de la piel no expuesta de las manos y pies que experimenta evolución a melanoma nodular.

Se presenta en las palmas de las manos, las plantas de los pies y el lecho ungueal. Se ha supuesto que tiene un homologo mucoso que se encuentra en la unión mucocutanea.⁵

Clínica.

Se presenta en todas las razas y no parece estar relacionado con la exposición a la luz solar. Representan el 8 % del total de los melanomas, empieza como una macula abigarrada de color marrón con bordes irregulares cuando el tumor aumenta de tamaño se vuelve ulcerado, papuloso o nodular lo cual es indicativo de su transición a la fase de crecimiento vertical.⁵

Histopatología.

La fase macular presenta grandes melanocitos atípicos que dan un aspecto macular a la capa basal del epitelio, pueden verse o no figuras mitóticas durante la fase de crecimiento radial. La organización en empalizada explica su comportamiento lentiginoso, cuando el tumor se vuelve nodular penetran en el tejido conjuntivo masas confluentes de melanocitos neoplásicos que suelen ser fusiformes, muchas de estas lesiones muestran un infiltrado linfocitario con aspecto liquenoide.⁸

MELANOMA NODULAR

Forma de melanoma de la piel y a veces de las mucosas que surge como una masa elevada con una fase limitada macular de crecimiento radial invade y metastatiza con rapidez.⁵

Aparece principalmente en la piel, pero puede aparecer en las mucosas. Se caracteriza porque tiene una fase de crecimiento radial corta o nula.⁹

Clínica.

Las lesiones pueden estar constituidas por nódulos rosados, rojos marrones y negros muchos de los cuales están ulcerados.⁵

Histopatología.

El tejido conjuntivo suele estar densamente invadido por células tumorales, las células muestran diversidad de morfologías siendo la más común la de tipo epiteloide con citoplasma ligeramente rosado o claro, otros son fusiformes y análogas a linfocitos, son frecuentes figuras mitóticas normales y anormales y células pleomórficas, el depósito de melanina suele ser esporádico.⁵

En la mayoría de los casos, en el momento en que se obtiene una muestra de tejido, el tejido conjuntivo suele estar densamente invadido por células tumorales. Las células muestran diversidad de tipos morfológicos, siendo los más comunes elementos epitelioides con citoplasma ligeramente rosado o claro; otros son fusiformes y análogos a linfocitos. Diversas partes del tumor pueden presentar diferentes mezclas de tipos celulares. Son frecuentes figuras mitóticas normales y anormales y células pleomórficas. El depósito de melanina suele ser esporádico, con grandes áreas exentas de dichos depósitos. En otras

áreas suelen existir depósitos abundantes de gránulos de melanina que, por lo general, ocultan los rasgos de las células individuales. El epitelio superficial en los márgenes del tumor suele estar libre de células malignas, indicando la ausencia de una fase de crecimiento radial.⁹

RABDOMIOSARCOMA.

Los rhabdomiosarcomas son tumores malignos de células mesenquimales primitivas que se someten a diferenciación parcial. Por lo general se producen en los adultos y son más comunes en sitios distintos de la cavidad oral y región maxilofacial, ocurren principalmente en niños y adolescentes, de hecho, 2% de los rhabdomiosarcomas están presentes en el nacimiento y el 5% se producen en personas menores de 1 año.⁸

Existen tres tipos histológicos básicos: embrionarios, alveolar y pleomórfico. En el embrionario, los varones se ven afectados un poco más que las mujeres (1,5:1), estos tumores tienen un pico de incidencia a la edad de 4 años y otro a la edad de 17 años.⁵

En el área oral y maxilofacial el rhabdomiosarcoma embrionario es el tipo más común, la órbita es el lugar más común, seguido por la cavidad nasal, la boca, los senos nasales, las mejillas y el cuello. El tumor se presenta como una masa carnosa de crecimiento rápido que fácilmente invade y destruye el hueso. Aquellos que se presenten en la mejilla, maxilar sinusal o área masetero invaden fácilmente en el hueso adyacente y la órbita.

El dolor no es una característica prominente de rhabdomiosarcoma a pesar de la amplia destrucción ósea que causa el tumor. Sin embargo, la pérdida de los nervios sensoriales (anestias y parestias) es común, y, si el nervio motor está afectado se producen, paresia o parálisis.⁵

Los rhabdomiosarcomas no son radiográficamente distinguidos, a menos de que haya más destrucción temprana del hueso. Aunque los rhabdomiosarcomas son descritos con frecuencia como tumores de origen muscular o de las células musculares, su histogénesis es, como la de otros sarcomas, a partir de células mesenquimales primitivas, que son específicos para estos tumores y experimentan la diferenciación en rhabdomioblastos. También pueden surgir de residuos de rhabdomioblastos, lo que podría explicar su predilección por los niños y su ocurrencia ocasional en la vida fetal. Es casi imposible que se originen en las células musculares, ya que estas células no diferencian, e incluso las células de músculo lesionado no logran mitosis pero en su lugar se repara el tejido a través de la formación de cicatriz.

HISTOPATOLOGÍA

Se clasifican en función de su aspecto histológico en una de las tres categorías.

RABDOMIOSARCOMA EMBRIONARIO

El rabdomiosarcoma embrionario se desarrolla a partir de células madres mesenquimales indiferenciadas, que pueden parecerse las diferentes etapas en el desarrollo del músculo esquelético. Por lo tanto, el cuadro histológico puede ser muy variado. En muchos casos, los tumores pueden contener pequeñas células redondas, pero también pueden contener células fusiformes. Dependiendo de su diferenciación, el citoplasma puede ser escasas e indistinguible o más abundante y fuertemente eosinofílico. El citoplasma puede ser vacuolado debido a la deposición de glucógeno. Células con forma de renacuajo pueden estar presentes y estrías cruzadas a veces pueden ser identificados en los tumores bien diferenciadas. Los núcleos son generalmente hiper cromáticos y pueden estar situados excéntricamente. Las mitosis pueden ser numerosas, hay escaso colágeno estromal. Un patrón característico muestra áreas de hiper celularidad con células densamente empaquetadas que alternan con zonas mixoides menos celulares.⁵

Una variante de rabdomiosarcoma embrionario es del tipo botrioide, que generalmente se observa en mucosa de cavidades tales como: la nasofaringe, cavidades nasales y orales. Debido a su crecimiento sin restricción, estos tumores polipoides tienen un estroma mucoide y apariencia mixoide con relativamente pocas células. Debajo del epitelio de revestimiento, con frecuencia se observa una zona densa de células no diferenciadas, que ha sido denominado la capa de cambio de Nicholson, se encuentra.⁵

RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR

El rabdomiosarcoma alveolar se caracteriza por la presencia de hendiduras o espacios alveolares, los cuales se forman a través de la pérdida de la cohesión dentro de los agregados de células tumorales. Los espacios están revestidos por una sola capa de células tumorales, que se adjuntan a septos fibrosos y la mayoría de las células tumorales se han redondeado.

Son frecuentes, células gigantes multinucleadas y mitosis. A veces pueden ser identificadas estrías cruzadas.⁸

RABDOMIOSARCOMA PLEOMORFICO

Rabdomiosarcoma pleomórfico puede ser difícil de diferenciar de otros sarcomas pleomórficos tales como histiocitoma fibroso maligno. Existe una gran variación en el tamaño y la forma de las células, pueden estar presentes células con forma de renacuajo, células en banda y células gigantes, y las mitosis son raras. Generalmente no se observan estrías cruzadas.

El diagnóstico histológico de rhabdomioma es a menudo difícil y generalmente requiere examen ultraestructural e inmunohistoquímica. La inmunohistoquímica en particular, es de gran ayuda. Si bien hay muchos marcadores disponibles, mioglobina y desmina son probablemente los más útiles.⁸

LEIOMIOSARCOMA

Clínica y Patogenia.

Leiomiomas son un tipo relativamente raro de sarcoma, que representa sólo el 7% de todos los sarcomas de tejidos blandos. La mayoría ocurren en el retroperitoneo y dentro del abdomen, mientras que otros están asociados con grandes vasos sanguíneos, tales como la vena cava inferior y la arteria pulmonar. Los leiomiomas intraorales son muy poco frecuentes debido a la escasez de músculo liso en los tejidos orales, siendo el paladar y la lengua los lugares más comunes. Del mismo modo los leiomiomas en la piel de la cara y la piel del cuello también son raros, lo que representa sólo el 2% de sarcomas relacionados con la piel. Se cree que los leiomiomas orales y faciales surgen de los músculos lisos que rodean las arterias y arteriolas.⁵

Los leiomiomas son tumores malignos que se presentan en los adultos, la mayoría de los cuales son mayores de 50 años. Los tumores son generalmente pequeños (2 cm o menos). Aquellos que se producen en la dermis a menudo producen una decoloración, una apariencia corrugada, o una ulceración de la piel. Aquellos que se producen en el nivel subcutáneo causa una elevación de la piel, pero no hay cambios en la superficie y puede alcanzar un tamaño más grande.⁵

Los leiomiomas son tumores sólidos. A pesar de que a menudo surgen de las células musculares lisas de los vasos sanguíneos, también surgen de novo y no se conoce transformación maligna de un leiomioma benigno. Cada tumor está generalmente fijo dentro de la submucosa o la capa subcutánea de la piel y puede infiltrarse en el hueso o músculo subyacente.

Histopatología

Estos tumores se componen generalmente de fascículos de células fusiformes con citoplasma eosinofílico y núcleos colocados en posición central, que son romos y forma de cigarro. Se presentan con frecuencia células gigantes multinucleadas. A veces, las células son más epitelioides y redondeadas con citoplasma eosinófilo o claro. El pleomorfismo es una característica variable. Puede ser difícil separar los tumores malignos de los benignos. Un criterio ampliamente utilizado para la malignidad es la presencia de más de 5 mitosis por 10 campos de alta potencia. La tinción de Tricrómico aporta color rojo a las miofibrillas paralelas longitudinales y PAS indica la presencia de glucógeno, que puede ser útil en la separación del tumor de otras neoplasias de células husillo que podrían parecerse. Estos

incluyen fibrosarcomas y los tumores neurogénicos, este último especialmente cuando hay un patrón en empalizada. Leiomiomas a veces también pueden demostrar cambios mixoides.⁸

LINFOMA NO HODGKIN

Es un cáncer del tejido linfoide, que abarca los ganglios linfáticos, el bazo y otros órganos del sistema inmunitario.⁹ En conjunto acarrea un peor pronóstico. Al igual que la enfermedad de Hodgkin, los linfomas no hodgkinianos se diagnostican según la población celular predominante. Es importante diferenciar los subtipos, ya que su pronóstico es distinto.⁹

Características Clínicas.

Los linfomas no hodgkinianos suelen desarrollarse en los ganglios linfáticos; sin embargo, a veces se observa afectación extraganglionar, especialmente en la cavidad oral. De hecho, los linfomas asociados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) son a menudo de localización extraganglionar y afectan a tejidos como cerebro, mucosa oral e intestino. Los linfomas no hodgkinianos son más frecuentes en hombres que en mujeres y tienden a aparecer a edades más avanzadas que el linfoma de Hodgkin. El signo más precoz es el aumento de tamaño persistente o progresivo de un ganglio linfático. Otros síntomas frecuentes son fiebre moderada y sudoración nocturna.⁹

En la región cervicofacial el linfoma no hodgkiniano se manifiesta por la existencia de un ganglio linfático aumentado de tamaño, firme o elástico, persistente durante más de 1 mes sin disminución de su tamaño. Pueden afectarse también ganglios inguinales y axilares, así como el hígado y el bazo. En estadios posteriores de la enfermedad puede haber afectación de múltiples grupos ganglionares, junto con hepatoesplenomegalia. Los linfomas extraganglionares de la cavidad oral pueden localizarse centralmente, en la mandíbula, el maxilar o en los tejidos blandos orales. Los pacientes con linfoma óseo primario pueden sufrir dolor y parestesias o simplemente notar aumento del tamaño del hueso, generalmente la mandíbula. Las radiografías revelarán una radiotransparencia irregular, de bordes mal definidos, y los dientes de la zona afectada pueden presentar divergencia o resorción radicular.⁹

Clínicamente los dientes de la zona presentan movilidad. La afectación de partes blandas puede situarse en cualquier parte de la mucosa oral y se identifica habitualmente por un aumento de tamaño o tumefacción en la encía o en el paladar. En las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) el linfoma es la segunda neoplasia maligna más frecuente después del sarcoma de Kaposi y con frecuencia se observa afectación extraganglionar de la cavidad oral, generalmente en la encía palatina. El linfoma intraóseo

orofacial en pacientes con SIDA es extremadamente raro. Los tumores orales suelen estar ulcerados, crecen con rapidez y generalmente son voluminosos o excrecentes.⁹

En la región facial se desarrolla una forma específica de linfoma no hodgkiniano, conocido como reticulosis maligna o polimorfa. Este tumor tiene afinidad por las estructuras de la línea media facial y asienta en la región del tabique nasal, causando osteolisis con invasión del etmoides y penetración a través del suelo de las fosas nasales y el paladar. Estas lesiones pueden perforar a veces el paladar, formando una gran masa necrótica que se introduce en la cavidad oral. Hallazgos clínicos similares se observan en la granulomatosis de Wegener y en el granuloma letal de la línea media, trastornos inmunopatológicos caracterizados por vasculitis. Biológicamente no guardan ninguna relación con la reticulosis polimorfa, que es un tipo de linfoma de células T.⁹

Histopatología

En la mayoría de los tipos de linfoma no hodgkiniano el recuento de leucocitos en sangre periférica es normal. Una forma, el linfoma linfocítico difuso, se suele asociar con leucemia linfocítica crónica y por tanto, se observará leucocitosis con células blásticas leucocíticas circulantes. Microscópicamente la estructura normal del ganglio linfático está destruida y su cápsula se ve con frecuencia invadida por las células malignas. El ganglio afectado está considerablemente aumentado de tamaño y su patrón de crecimiento se divide en dos subclases principales: difuso, con células linfoides no ordenadas, y nodular, en el cual las células malignas forman cúmulos ovalados confluyentes que recuerdan grandes centros germinales. En los linfomas nodulares apenas existe tejido linfoide medular intermedio.⁹

Los linfomas de patrón nodular, en conjunto, tienen un mejor pronóstico que los difusos. La subclasificación histopatológica se basa en la caracterización de las células precursoras linfoides; los tumores más primitivos, los anaplásicos, son de alto grado, y los tumores más diferenciados, cuyas células se asemejan mucho a linfocitos maduros, son de bajo grado. Como hemos mencionado, los dos principales sistemas de clasificación son los propuestos por el grupo para la clasificación de los linfomas de Estados Unidos y la clasificación de Kiel, realizada en Europa. Existen numerosos marcadores de superficie celular, útiles para la clasificación, que identifican las diversas fases de maduración de las células linfoides. Ambas clasificaciones tienen en cuenta el parecido de la población de células B del linfoma y las de la región de células B del ganglio linfático.⁹

Los elementos celulares de los linfomas de células grandes recuerdan a grandes células centrofoliculares o linfoblastos. Las células de tamaño intermedio con cromatina pálida representan inmunoblastos o linfoblastos y las células bien diferenciadas son pequeñas y redondas, semejantes a linfocitos maduros. La mayoría de los linfomas extraganglionares de pacientes con SIDA corresponden a linfoblastos de tamaño intermedio o grandes células

blásticas anaplásicas. Por tanto, se trata de linfomas de alto grado. Las células identificadas en la reticulosis polimorfa maligna son células linfocitoides de aspecto pleomorfo. Varían entre pequeños linfocitos y grandes células de aspecto blástico.⁹

Son frecuentes las figuras mitóticas y el pleomorfismo, y las células tienden a rodear los vasos sanguíneos. A menudo existe un grado significativo de necrosis en la muestra y las trabéculas óseas presentan resorción osteoclástica a lo largo del borde progresivo del tumor infiltrante. Los linfomas de células T asociados con micosis fungoide muestran rasgos histopatológicos típicos en la biopsia cutánea. El tejido subcutáneo está difusamente infiltrado por linfocitos pequeños de aspecto relativamente monomorfo y existen grupos de células linfoides transmigrados al epitelio, conocidos como microabscesos de Pautrier; el diagnóstico suele confirmarse utilizando un anticuerpo monoclonal frente a marcadores de células T. La mucosa oral no suele afectarse. Se conoce como policlonalidad la capacidad de una población de células linfoides de sintetizar una mezcla de cadenas ligeras y pesadas de inmunoglobulinas, y como monoclonalidad, la producción por una población celular de un único tipo de cadena ligera o pesada de inmunoglobulina.⁹

El patólogo se encuentra a veces ante un infiltrado linfocitario o una lesión proliferativa en un ganglio linfático cuyas características histológicas son ambiguas. Las pruebas de clonalidad son importantes, ya que la existencia de una población celular monoclonal indica malignidad, mientras que las células policlonales son más compatibles con un infiltrado celular inflamatorio. Los ensayos de recombinación de genes de receptores mostrarán la clonalidad de las lesiones linfoides. El receptor de las células B es una molécula de inmunoglobulina, mientras que las células T poseen un receptor de otro tipo (Tcr). En las proliferaciones policlonales o múltiples, los receptores de células B y T corresponden generalmente a una población heterogénea de genes de receptores recombinados.⁹

SARCOMA DE KAPOSI

Es una neoplasia vascular inusual que fué descrita en 1872 por Moritz Kaposi antes del advenimiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida era un tumor raro, sin embargo desde 1980 se ha convertido en un tumor común debido a que está propenso a aparecer en individuos infectados con VIH.⁹

La evidencia sugiere que el sarcoma de kaposi es causado por el herpes virus tipo 8(sarcoma de kaposi asociado a herpes virus). La lesión se origina de células endoteliales con alguna evidencia de origen linfático. Los diferentes factores etiológicos citados como posiblemente relevantes son: predisposición genética, infección influencias ambientales de varias regiones geográficas y desregulación inmunitaria.⁹

Características clínicas.

Han surgido tres patrones clínicos diferentes desde que fue descubierto, al principio se consideró como una rara lesión cutánea predominantes en hombres de edad avanzada habitantes de la cuenca del mediterráneo, en esta forma asume la apariencia de nódulos multifocales de color rojo marrón, principalmente en las extremidades inferiores, tiene un curso prolongado indolente y pronóstico reservado.

El segundo patrón se identificó en África donde en la actualidad se considera endémico generalmente se observa en las extremidades de personas de raza negra, el órgano más comprometido es la piel, raras veces hay lesiones bucales.⁹

El tercer patrón se reconoce en sujetos con estados de inmunodeficiencia, trasplantes de órganos y en especial en el SIDA. Las lesiones cutáneas no se limitan a las extremidades y pueden ser multifocales. También daña órganos viscerales y el grupo afectado es de menor edad, son bastante comunes las lesiones en la boca y ganglios linfáticos, el curso es relativamente rápido y agresivo con un pronóstico malo, cerca de la mitad de los pacientes afectados con esta enfermedad y con sarcoma de kaposi padece de malformaciones bucales, tales anomalías pueden ser el sitio inicial o el único afectado, varía desde una lesión plana de aspecto inocuo hasta una alteración nodular exofítica puede ser única o multifocal, las lesiones son de color rojo o azul. Las regiones más frecuentemente afectadas son el paladar, encía y la lengua.⁹

Histopatología.

La histopatología del sarcoma de Kaposi no siempre puede objetivarse en las lesiones tempranas, porque el tejido puede parecerse a otras lesiones vasculares benignas, como por ejemplo el hemangioma capilar o el granuloma piógeno. Las lesiones maduras muestran una proliferación de células epiteliales hiperromáticas fusiformes u ovals organizadas según un patrón vascular irregular. En algunas lesiones existen espacios vasculares nítidos que contienen células epiteliales gruesas y redondeadas que se proyectan hacia la luz vascular, mientras que en otras existen a veces solamente espacios parecidos a hendiduras en los que se observa algún vaso. Es característica la presencia de eritrocitos extravasados y depósitos de hemosiderina.⁹

FIBROSARCOMA.

El fibrosarcoma es un tumor maligno de los fibroblastos. En un momento, se consideró uno de los sarcomas más comunes de tejidos blandos. Sin embargo, hoy en día el diagnóstico de fibrosarcoma se hace con mucho menos frecuencia, debido al reconocimiento y clasificación separada de sus tipos de células fusiformes; lesiones que tienen características microscópicas similares. Es más común en las extremidades, y sólo el 10% se producen en la región de cabeza y cuello.⁵

Características clínicas.

Con mayor frecuencia se presentan como una masa de crecimiento lento que puede alcanzar un tamaño considerable antes de producir dolor. Pueden ocurrir en cualquier parte en la región de la cabeza y el cuello. En el área oral y maxilofacial suelen surgir de los huesos, periostio o fascia muscular. Por lo general son masas fibrocarnosas indoloras que destruyen el hueso y causan movilidad de los dientes si se encuentran en el hueso alveolar. Con frecuencia tienen una evolución de varios meses a años antes de presentarse clínicamente y por lo general alcanzan de 3 a 5 cm de tamaño. Pueden ocurrir en niños y adultos jóvenes a cualquier edad, pero el pico de incidencia en el área oral y maxilofacial es entre los 20 y principios de los 30 años.⁸

Características histopatológicas.

Los Fibrosarcomas bien diferenciados consisten en fascículos de células fusiformes que clásicamente forman un patrón de "espina de pescado". Las células a menudo muestran poca variación en el tamaño y la forma, aunque un número variable de figuras mitóticas pueden usualmente ser identificados. En los tumores mal diferenciados las células están menos organizadas y pueden tener forma redondeada u ovoide. Con escaso Pleomorfismo pero son más frecuentes las mitosis.⁶ Los Tumores mal diferenciados tienden a producir menos colágeno.⁵

NEUROSARCOMA.

Neoplasia maligna de mal pronóstico de los fibroblastos perineurales o de las células de Schwann con tendencia a extenderse rápidamente a lo largo del tronco asociado.⁹

La mayoría de los tumores malignos de la vaina nerviosa en la región de cabeza y cuello se sitúan en el tejido conjuntivo profundo cervical y surgen ex novo. El neurosarcoma sub mucoso oral es extremadamente raro pero, cuando se produce, crece rápidamente y es duro y no desplazable. El neurosarcoma es más frecuente en la mandíbula que en partes blandas y surge a partir de las envolturas neurales del nervio dentario inferior. Radiológicamente suele manifestarse por un ensanchamiento fusiforme y radiotransparente del conducto dentario inferior. La resorción radicular no es llamativa. Clínicamente, el paciente puede aquejar parestesias en el labio inferior y suele observarse expansión de la mandíbula.⁹

Es un proceso maligno raro que se desarrolla en una lesión neurofibromatosa preexistente de Novo. En tejidos blandos aparece como una masa expansible por lo general asintomática, en el hueso donde se cree que se origina a partir del nervio dentario inferior, se presenta como dilatación del conducto mandibular o como una transparencia difusa, dolor o parestesia pueden acompañar a la lesión osea.⁵

En el examen microscópico se puede reconocer un neuroma sarcogeno originado de un neurofibroma o de un tronco nervioso la lesión es muy celular y se compone de células fusiformes anormales con un número variable de mitosis atípicas con frecuencia hay empalzamamiento de núcleos también puede ser prominente el pleomorfismo nuclear.

El neurosarcoma es un tumor densamente celular formado por haces de núcleos fusiformes Estos haces recuerdan a veces a la zona de Antoni A, aunque la mayoría son indistinguibles del fibrosarcoma. Por tanto, el diagnóstico debe basarse en la identificación de la continuidad directa del tumor con un tronco nervioso. Los núcleos son pleomorfos y se observan numerosas figuras mitóticas. Un rasgo importante de esta lesión es la extensión de la neoplasia maligna a lo largo del nervio afectado. Los sarcomas neurógenos centrales de la mandíbula suelen extenderse a lo largo del nervio dentario inferior, por fuera de la espina de Spix, hacia la base del cráneo y el ganglio de Gasser.⁹

HISTIOCITOMA FIBROSA MALIGNO.

El histiocitoma fibroso maligno es un sarcoma con ambas características, fibroblásticas e histiocíticas. Este tumor se considera el sarcoma de tejido blando más común en adultos. Las extremidades, peritoneo y retroperitoneo son los sitios más comunes; las lesiones en la cabeza y el cuello son raros.⁵

Características clínicas

El histiocitoma fibroso maligno es principalmente un tumor de los grupos de mayor edad, dos tercios de los afectados son hombres, y la mayoría de los afectados se encuentran entre las edades de 50 y 70 años. La queja más común es una expansión masiva que puede o no ser dolorosa o ulcerada. Los tumores de la cavidad nasal y de los senos paranasales pueden producir síntomas obstructivos.⁸

Características histopatológicas.

Se han descrito varios subtipos histopatológicos. El tipo estoriforme-pleomórfico es el más común. Este modelo se caracteriza por fascículos cortos de células fusiformes dispuestas en un patrón estoriforme, mezclado con áreas de células gigantes pleomórficas. También se reconocen el Mixoide, el de células gigantes inflamatorias y el angiomatoide.⁸

LIPOSARCOMA

El liposarcoma es un tumor maligno de origen graso. Es el segundo sarcoma de tejidos blandos más común en los adultos, después que el histiocitoma fibroso maligno. Los lugares más comunes son el muslo, retroperitoneo y región inguinal siendo raros en cabeza y cuello (5,6%).⁵

Características clínicas.

Se presentan principalmente en los adultos entre las edades de 40 y 60 años. El tumor es una masa mal definida de consistencia suave y de crecimiento lento. Puede observarse de color amarillo, el dolor o sensibilidad es infrecuente, cuando está presente, por lo general es una característica tardía. El cuello es la localización más frecuente de liposarcoma de la región de cabeza y cuello. La mejilla es la ubicación oral más frecuente y representa un poco más de la mitad de los casos. La lengua es el segundo sitio intraoral más común.⁸

Características histopatológicas

Existen 5 subtipos histológicos del liposarcoma:

- 1 .Mixoide
2. Células Redondeadas.
3. Bien diferenciado
4. Indiferenciado
5. Pleomorfo

El más común de ellos es el liposarcoma bien diferenciado, que representa casi el 55 al 90% de todos los casos. El tipo mixoide muestra lipoblastos proliferantes dentro de un estroma mixoide que contiene una rica red de capilares.⁵

El liposarcoma de células redondeadas es la forma más agresiva con menos diferenciación. Los liposarcomas bien diferenciados parecen lipomas benignos, pero demuestran lipoblastos dispersos con núcleos atípicos hipercromáticos.

Los liposarcomas indiferenciados se caracterizan por la combinación de liposarcoma bien diferenciado con pobremente diferenciados y cambios sarcomatosos no lipogénicos. Las características sí pueden coexistir en el mismo tumor o los cambios indiferenciados pueden desarrollar en un periódico tumor o metástasis.⁵

Los Liposarcomas pleomórficos exhiben extremo pleomorfismo celular y células gigantes extrañas.

Diseño metodológico

Trabajo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: Departamento de patología Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) ubicado en costado sur del Colegio Tridentino San Ramón.

Población de estudio: Casos diagnosticados como neoplasias malignas de cavidad oral y glándulas salivales que fueron encontrados en los libros de registros y base de datos del Departamento de Patología del HEODRA.

Variables: Edad, sexo, glándula afectada, región afectada, Neoplasia maligna.

Criterios de inclusión.

- Diagnostico histopatológico hecho en el HEODRA
- Diagnostico establecido entre el periodo enero 2002 diciembre 2012
- Expedientes con datos necesarios completos.
- Diagnósticos definitivos de neoplasias malignas de cavidad oral y glándulas salivales.

Operacionalización Variables.

Variables	Concepto	Indicadores	Valor
Edad	Tiempo comprendido desde el natalicio hasta los años cumplidos.	Edad plasmada en el expediente.	a)≤10,b)11-20; c)21-30; d)31-40; e)41-50; f)51-60; g)61-70, h)≥71
Sexo	Características fenotípicas de cada individuo que nos define como hombres o mujeres	Plasmado en el expediente.	a) F b) M
Neoplasia Maligna	Lesión con características de malignidad al examinarla al microscopio	Diagnóstico establecido en el expediente.	Todas las neoplasias malignas de la cavidad oral y glándulas salivales diagnosticadas.
Glándula afectada	Órgano exocrino productor de saliva que presenta la neoplasia.	Plasmado en el expediente.	a) G. Paròtida b) G. Submandibular c) G. Lingual d) G. Accesorias
Región afectada	Ubicación anatómica donde se encuentra la patología.	Plasmado en el expediente.	a) Mandíbula b) Maxila c) Lengua d) Carrillos e) Paladar f) Orofaringe g) Labios

Recolección de datos.

Se emitió una carta de parte de nuestro tutor, el Dr. Luis Espinoza, dirigida al responsable del departamento de Patología del HEODRA en la cual se le solicitó acceso a los archivos y base de datos para extraer la información necesaria con el objetivo de recopilar la información.

Después de haber obtenido la autorización se revisaron los registros de cáncer y cada uno de los tomos con los códigos de cada biopsia, revisando los libros de registro que se encontraron en el departamento de Patología, identificando los que se relacionan con cáncer oral y de glándulas salivales. Una vez extraído el código nos dirigimos a la base de datos de donde se obtuvo resultado de dicha biopsia y otros datos de interés en el estudio, los cuales se recopilaron.

La información fue archivada en el instrumento de recolección de datos previamente elaborado el cual nos permitió registrar los datos que daban respuesta a los objetivos planteados

Procesamiento de la información.

La información se procesó de manera manual debido a que la población de estudio fue de 58 fichas de recolección.

Tabla N. 1. Neoplasias malignas más frecuentes de cavidad oral según sexo diagnosticadas en el hospital HEODRA en el periodo 2002-2012

Patología	Masculino		Femenino	
	N	%	N	%
Carcinoma Epidermoide	15	71,4	4	44,4
Carcinoma Basocelular	5	23,8	2	22,2
Carcinoma De Células Claras	1	4,8	--	--
Rabdomiosarcoma	--	--	1	11,1
Linfoma No Hodking	--	--	1	11,1
Osteosarcoma	--	--	1	11,1
Total	21	100	9	100

Tabla1. De las neoplasias malignas más frecuentes de la cavidad oral, se encontró que prevalecen más en el sexo masculino con un total de 21 casos y sólo se presentaron 9 casos en el sexo femenino siendo la lesión más frecuente el carcinoma epidermoide con un 71.4% en el sexo masculino y 44.4% en el sexo femenino, seguido del carcinoma basocelular con 23.8% en el sexo masculino y 22.2% en el sexo femenino.

Tabla N. 2 Neoplasias malignas de cavidad oral más frecuentes según edad diagnosticadas en el HEODRA en el periodo 2002-2012.

Patología	11-20 años		21-30 años		31-40 años		41-50 años		51-60 años		61-70 años		71 ≤ años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Carcinoma Epidermoide	--	--	--	--	2	66.6	3	75	3	60	6	75	5	71.42
Carcinoma Basocelular	--	--	--	--	1	33,3	1	25	1	20	2	25	2	28,6
Carcinoma De Células Claras	--	--	--	--	--	--	--	--	1	20	--	--	--	--
Rabdomiosarcoma	1	100	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Linfoma No Hodking	--	--	1	50	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Osteosarcoma	--	--	1	50	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
	1	100	2	100	3	100	4	100	5	100	8	100	7	100

La tabla nos muestra que el rango de edad mayormente afectado fue 61 a 70 años, siendo la neoplasia maligna más frecuente en estas edades el carcinoma epidermoide con el 75% de los casos, seguido del carcinoma basocelular con 25%, como segundo grupo de edades más afectado se encuentran el de personas de 71 años a más, en el cual la neoplasia maligna más frecuente de igual manera fue el carcinoma epidermoide con 71.42% seguido por el carcinoma basocelular 28.6%.

El resto de los grupos en orden decreciente de número de casos se obtuvo que la mayoría fueron afectados por el carcinoma epidermoide, a excepción de las personas en edades de 21 a 30 ya que en esta se presentó únicamente 1 caso de linfoma no hodking y otro de osteosarcoma cada uno de los cuales representa el 50% de los casos.

No se presentaron neoplasias malignas en el grupo etario ≤ 10 años.

Tabla N. 3. Neoplasias malignas de glándulas salivales más frecuentes según sexo.

SEXO PATOLOGIA	MASCULINO		FEMENINO	
	N	%	N	%
Carcinoma Mucoepidermoide	8	50	8	66.66
Carcinoma Adenoide Quístico	7	43.75	2	16.66
Carcinoma De Células Claras	1	6.25	-	-
Carcinoma de células Acinar	-	-	1	8.33
Adenolinfoma	-	-	1	8.33
Total	16	100	12	100

De las neoplasias malignas más frecuentes de glándulas salivales según sexo, encontramos que el sexo más afectado es el masculino y que la patología maligna más frecuente fue el carcinoma mucoepidermoide para ambos sexos con un 50% en el sexo masculino y 66.6% en el sexo femenino, seguido del Carcinoma Adenoide Quístico, en el sexo masculino con un 43.75 % y 16.6 % en el sexo femenino.

Tabla no 4 Neoplasia maligna de glándulas salivales más frecuentes según edad.

Grupo etario Neoplasia	21-30 Años		31-40 años		41-50 años		51-60 Años		61-70 años		≥71 Años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Carcinoma mucoepidermoide	3	100	2	66.6	6	75	2	33.3	1	20	2	66.6
Carcinoma adenoide quístico	--	--	--	--	2	25	3	50	4	80	--	--
Carcinoma de células claras	--	--	--	--	--	--	1	16.6	--	--	--	--
Adenocarcinoma de células acinares	--	--	1	33.3	--	--	--	--	--	--	--	--
Adenolinfoma	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	33.3
Total	3	100	3	100	8	100	6	100	5	100	3	100

Según los grupos etarios, se obtuvo que el rango de edad mayormente afectado fue el de 41 a 50 años con 8 casos del total de casos de neoplasias malignas de glándulas salivales (28), en dicho grupo etario, la neoplasia maligna más frecuente fue el Carcinoma Mucoepidermoide con 6 casos (75%), seguido del Carcinoma Adenoide Quístico (25%), el segundo grupo etario más afectado fue el de 51 a 60 años el Carcinoma Adenoide Quístico fue la neoplasia más frecuente (50%). No se presentaron neoplasias malignas en los grupos etarios ≤ 10 y de 11-20

Tabla N 5. Región de la cavidad oral más afectada por neoplasias malignas diagnosticada en el departamento de patología del hospital HEODRA en el periodo 2002-2012.

REGION	No de casos	%
Paladar duro	9	30
Paladar blando	2	6.66
Lengua	3	10
Labio	11	36.66
Mandíbula	1	3.33
Carrillo	3	10
Piso de la boca	1	3.33
TOTAL	30	100

Las regiones más afectadas fueron el labio con un 36.66% de los casos, seguido de paladar duro en el cual se encontraron el 30% de los casos, las regiones menos afectadas fueron la mandíbula y el piso de la boca, ambas con 3.33%.

Tabla no.6 .Neoplasia maligna mas frecuente según glándula salival afectada.de los casos diagnosticados en el HEODRA en el periodo 2002-2012.

PATOLOGIA	PAROTIDA		SUBMANDIBULAR	
	N	%	N	%
Carcinoma Mucoepidermoide	11	50	5	83,3
Carcinoma de células Adenoide	9	40,9	--	--
Carcinoma De Células Claras	--	--	1	16,7
Adenolinfoma	1	4,5	--	--
Carcinoma Acinar	1	4,5	--	--
TOTAL	22	100,0	6	100,0

La glándula salival más frecuentemente afectada fue la parótida. En la cual la neoplasia maligna más común fue el carcinoma mucoepidermoide con 11 casos representando el 50% de los casos en parótida, seguido por el Carcinoma Adenoide Quístico, el cual representa 40% de casos de parótida, como segunda glándula más afectada fue la submandibular en la cual de igual manera la neoplasia maligna más frecuente fue el carcinoma mucoepidermoide representando el 83.3% de los casos registrados en glándula submandibular.

No se encontraron neoplasias malignas en glándulas sublinguales ni en glándulas salivales menores.

Discusión de resultados

En nuestro estudio sobre neoplasias malignas más comunes de cavidad oral y glándulas salivales obtuvimos que la neoplasia que más afecto a cavidad oral fue el carcinoma epidermoide con 71.4% , en el sexo masculino, presentándose principalmente en labio y paladar duro en un 36.66 % y 30% respectivamente , en las edades de la sexta a la octava década de la vida, lo cual se asemeja con lo reportado por Neville en el 2002, quien señala que el carcinoma epidermoide representa el 94% de los de cánceres encontrados a nivel oral y se presenta en diversas regiones, bordes laterales de la lengua, piso de la boca, siendo la región de predilección el labio inferior, presentándose con mayor frecuencia en personas mayores de 40 años y en el sexo masculino. Nuestro estudio de igual manera se asemeja a los resultados obtenidos en el estudio realizado por Carlos Guerra en su estudio sobre frecuencia de neoplasias malignas del complejo maxilofacial encontradas en hospitales de Managua y León en el periodo 1980-1991 donde se refleja que la neoplasia maligna más frecuente de cavidad bucal es el carcinoma epidermoide con un 80% siendo el grupo más afectado las personas de la sexta a la octava década de la vida; sin embargo difiere en la localización ya que señala como región más afectada la lengua y el paladar, al igual que el estudio realizado por Brenda Guatemala de García sobre prevalencia de neoplasias benignas y malignas de la cavidad bucal realizado en el departamento de patología del hospital san Vicente de León 1966- 1976 cuyos resultados reflejan que la región de la cavidad oral más afectada fue labio y lengua siendo el sexo femenino el más afectado, esto último difiere del presente estudio, dentro de los factores a los cuales se puede atribuir es que en la población nicaragüense el consumo de bebidas etílicas y de tabaco se da con mayor frecuencia en los hombres; además en el estudio realizado por Brenda Guatemala es importante destacar que la población femenina era mucho mayor que la masculina, con 288 casos para el sexo masculino y 929 para el sexo femenino.

Como segunda neoplasia de cavidad oral en orden de frecuencia obtuvimos que el carcinoma basocelular que presento en un 23.3% en hombres y 22.2% en mujeres, de igual manera que el carcinoma epidermoide, se presento en edades de la sexta a la octava década de la vida y la región más afectada fue labio, dichos resultados se relacionan con los plasmados por el Consejo de estomatólogos de España en la campaña de prevención del cáncer oral y en características clínicas y frecuencia del cáncer de cabeza y cuello, los cuales afirman que el carcinoma basocelular puede desarrollarse en personas mayores a la cuarta década de la vida, siendo el labio superior la región de cavidad oral mayormente afectada, de igual manera que nuestros resultados el sexo masculino fue el más afectado concordando con SAPP, 2005, este fenómeno se estaría produciendo, en las últimas décadas, por una mayor exposición al sol como consecuencia de los cambios en el estilo de vida de la sociedad moderna y por el continuo deterioro de la capa de ozono.

También cabe mencionar que en nuestro estudio encontramos que el rango de edad de personas mayormente afectadas con neoplasias malignas de la cavidad oral fue entre la sexta y la octava década de la vida, y el sexo más afectado fue el masculino con 71.4 % lo cual difiere con el estudio realizado por el Consejo General de Estomatólogos de España, 26 al 31 de marzo del 2007, donde encontraron que el 48% de los cánceres de cabeza y cuello, se localizan en cavidad bucal, y se presentan mayormente en personas de 40 a 60 años y el sexo femenino fue el más afectado, Esta diferencia puede deberse a que el estudio realizado por el Consejo General de Estomatólogos fue por un periodo de

tiempo corto 2005- 2007. El uso de alcohol y de tabaco (incluso el tabaco sin humo, llamado algunas veces "tabaco de mascar" o "rapé") son los dos factores de riesgo más importantes de los cánceres de cabeza y cuello, especialmente los cánceres de la cavidad oral, de orofaringe, hipofaringe y de laringe. Por lo menos, 75% de los cánceres de cabeza y cuello son causados por el uso de tabaco y consumo de alcohol. Las personas que usan tanto tabaco como alcohol tienen un riesgo mayor de presentar estos cánceres que las personas que usan solo tabaco o solo alcohol. El consumo de tabaco y alcohol no es factor de riesgo para cánceres de glándulas salivales, sin embargo el fumado ha sido señalado como un factor asociado al tumor de Warthin.

En nuestro estudio también obtuvimos, que de las glándulas salivales la más afectada fue la glándula parótida con 22 casos que representan un 78.57% del total de los casos de glándulas salivales afectadas, seguida por la glándula submandibular con 6 casos que representan un 21.4%, siendo el carcinoma mucoepidermoide la neoplasia más frecuente de glándulas salivales representando un 50% de los casos que afectaron a glándula parótida equivalente a 11 casos, seguido por el carcinoma adenoide quístico el cual represento el 40.9% casos de glándula parótida equivalente a 9 casos, también se obtuvo que las neoplasias malignas de glándulas salivales afectaron mayormente al sexo masculino con un 57.14 % afectando a personas entre las edades de 41 a 50 años con 8 casos, seguido de las edades de 51 a 60 con 6 casos y las edades de 61 a 70 años con 5 casos, dichos resultados se asemejan a los resultados plasmados por Neville, que refleja que el carcinoma mucoepidermoide se encuentra en un 60 a un 90% en parótida, y representa el tumor más común de glándulas salivales tanto en adultos como en niños, y que del total de casos de carcinoma mucoepidermoide 34% corresponden a glándula parótida, 20% a glándula submandibular y el 29% a glándula sublingual y glándulas salivales menores, con respecto al sexo más afectado Neville reporta que hay mayor predilección por el sexo femenino lo cual difiere de nuestro estudio, con el carcinoma adenoide quístico Neville señala que es una de las neoplasias de glándulas salivales que se presenta comúnmente y afecta principalmente la glándula parótida y personas entre los 50 a 70 años, no hay predilección por sexo aunque las lesiones en glándula submandibular muestran una ligera predilección por el sexo femenino lo cual difiere de nuestro estudio.

Nuestros resultados también presentan una similitud con los resultados obtenidos por John y colaboradores work otolaryngology clinic of North América, glándulas salivales. Anatomía y embriología, enfermedades de las glándulas salivales, en el cual la glándula salival más afectada fue parótida seguida por submandibular y el sexo más afectado fue el masculino. A diferencia de otras neoplasias de la cabeza y del cuello, el tabaco y el alcohol no se relacionan con el desarrollo de cánceres salivales. Tampoco se los asocia con una historia de parotiditis, litiasis o traumatismos como factores predisponentes. En cambio, se destaca que la radioterapia en bajas dosis favorece la aparición de tumores en las glándulas salivales.

Cabe mencionar que las neoplasias malignas de cavidad oral y de glándulas salivales tuvieron predilección por el sexo masculino sin embargo ambos grupos de patologías difirieron en el rango de edades siendo de menor edad los pacientes diagnosticados con neoplasias malignas de glándulas salivales, en cambio los pacientes que fueron diagnosticados con neoplasias malignas de cavidad bucal corresponden a la sexta y octava década de la vida.

Conclusiones

1. La neoplasia maligna que afecta la cavidad oral con mayor frecuencia es el Carcinoma Epidermoide y a las glándulas salivales es el Carcinoma mucoepidermoide.
2. La mayoría de las neoplasias malignas de la cavidad oral afectaron más a personas entre las edades de 61 a 70 años y de 71 a 80 años siendo el sexo masculino el mayormente afectado.
3. En las glándulas la mayoría de las neoplasias se presentaron en el grupo de 41-50 años siendo el sexo masculino el más afectado por estas neoplasias.
4. La región de la cavidad oral más afectada por las neoplasias malignas fue el labio, seguido muy de cerca por el paladar duro.
5. La glándula salival más afectada por las neoplasias malignas, fue la glándula parótida, no hubieron neoplasias malignas en glándulas sublinguales ni glándulas menores.

Recomendaciones

- La Facultad de Odontología debería de promover estudios sobre Patologías malignas de cavidad oral y Glándulas Salivales a nivel nacional para evaluar la incidencia de casos y su relación con factores que predisponen a que estas se presenten más en un sexo o edad determinada en la población nicaragüense.
- Sugerimos a los estudiantes que apoyados de los docentes impartan charlas en la comunidad sobre las Patologías malignas de cavidad oral y glándulas salivales enfocadas a características clínicas evidentes de algunos tipos de lesiones, para su detección precoz por parte de la población en general.
- A las autoridades de salud del HEODRA que prioricen las citas de consulta de control a los pacientes diagnosticados con una patología tumoral en general con estadías avanzadas, para así aumentar la supervivencia de estos pacientes con la atención temprana y sistematizada.
- Que los centros médicos otorguen un diagnostico definitivo, para una atención correcta y temprana de la patología que afecta al paciente.

Bibliografía

1. Consejo General de Estomatólogos, Campaña de Prevención del Cáncer Oral, 26 al 31 de Marzo 2007, 2008, URL:
www.dentistascadiz.com/campcancerbucal2007Notaprensa02.pdf
2. Mark E. Características Clínicas y Frecuencia del Cáncer de Cabeza y Cuello en Pacientes Atendidos en el Hospital de Chiklamatenango y Chilapa. Durante el periodo comprendido de 1986 a 1995, Universidad de San Carlos de Guatemala
3. Rouvière, H., Delmas A y Delmas V. "Anatomía Humana Descriptiva, topográfica y funcional: Tomo 1. Cabeza y cuello." 11ª. Barcelona; Editorial Masson, 2005
4. Gómez M y Campos Muñoz A. Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental/. Editorial. Médica Panamericana, 2009. 1 Edición.
5. Neville, B. W., et al. "Oral and Maxillofacial Pathology.." Editorial WB Saunders, Philadelphia. 2nd edición. 2002.
6. Moore K. L y Dalley F, A "Anatomía con Orientación Clínica." Madrid. España: Editorial, Médica Panamericana. 6ª edición, 2010.
7. Robins, S. "Patología Estructural y Funcional de Robins. Séptima Edición, México DF." Editorial McGraw Hill (2004).
8. Marx, E. and Stern, D. Oral and Maxillofacial Pathology Rational for Diagnosis and Treatment Quintessence Publ. 2012, 2nd edition.
9. Sapp, J. P "Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea." 5ta Edición, Editorial Elsevier 2005.
10. Sadler, Thomas W., and Jan Langman. Langman Embriología Médica: Con Orientación Clínica. Ed. Médica Panamericana, 11va edición, 2009.

ANEXOS

León 8 de Julio del 2013.

Dra. Darling Valverde.

Jefa del Dpto. de Patología.

Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-León.

S. D.

Apreciable Dra. Valverde, a través de la presente tengo el gusto de dirigirme a Ud. con el fin de solicitarle formalmente su autorización para que los estudiantes de V curso de Odontología: ***Fernando Gutiérrez, Lester Lorio y Luis López*** tengan acceso los archivos de los diagnósticos establecidos en el departamento y obtenga información referente a las patologías de la cavidad oral y glándulas salivales; debido a que ellos están cursando el componente de Monografía y pretenden realizar bajo mi tutoría un trabajo de investigación titulado: ***Patologías malignas de la cavidad oral y Glándulas salivales diagnosticadas en el Departamento de Patología del HEODRA en el periodo de abril del 2002 a diciembre del 2012.***

Sin más a que referirme, agradeciendo de antemano su gestión, me suscribo, no sin antes desearle éxitos en sus labores, muy atentamente

Dr. Luis Javier Espinoza Hernández.

Prof. Titular de Patología y Cirugía Oral

UNAN-León.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

1. Neoplasia diagnosticada: _____

2. Edad:

Igual o menor a 10	<input type="checkbox"/>	31-40	<input type="checkbox"/>	61 ó más.	<input type="checkbox"/>
11-20	<input type="checkbox"/>	41-50	<input type="checkbox"/>		
21-30	<input type="checkbox"/>	51-60	<input type="checkbox"/>		

3. Sexo:

Femenino	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>

4. Glándula Afectada:

Glándula salivales menores	<input type="checkbox"/>	(especifique) _____
Glándula Parótida	<input type="checkbox"/>	
Glándula Submandibular	<input type="checkbox"/>	
Glándula Sublingual.	<input type="checkbox"/>	

5. Región:

Paladar duro.	<input type="checkbox"/>	Carrillos	<input type="checkbox"/>	Piso Bucal	<input type="checkbox"/>
Paladar Blando	<input type="checkbox"/>	Hueso Maxilar	<input type="checkbox"/>	Orofaringe	<input type="checkbox"/>
Lengua.	<input type="checkbox"/>	Hueso Mandíbula	<input type="checkbox"/>	Encía	<input type="checkbox"/>
Labio	<input type="checkbox"/>				