

Sialometaplasia necrotizante una entidad que mimetiza con los tumores palatinos malignos. Importancia del diagnóstico histopatológico temprano

Necrotizing sialometaplasia in the differential diagnosis of malign palatine neoplasm. The importance of the early histopathologic diagnosis

AUTORES

Jarrod-Ferrer UM*
 Trigo-Cerbian MA**
 Gavín Clavero M*
 Pantilie B*
 Lobera Molina F*
 Gallego Sobrino R*
 Mur Til A*
 Simon Sanz MV*
 Rodriguez Cachero T*
 Saura Fillat E*

*Servicio Cirugía Oral y Maxilofacial. Hosp. Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Servicio Anatomía Patológica del Hosp. Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

RESUMEN

La sialometaplasia necrotizante (SN) es una entidad rara, benigna, autolimitada y necrotizante que afecta a las glándulas salivares menores. En la mayoría de los casos, afecta a las glándulas salivares del paladar duro. Etiológicamente se piensa que la SN surge de un evento isquémico a nivel de la vascularización de las glándulas salivares menores debido a una agresión. Se caracteriza por su mimetismo tanto clínica como patológicamente con lesiones malignas, especialmente con el carcinoma escamoso y el carcinoma mucoepidermoide. Histopatológicamente se aprecia ulceración del epitelio, proliferación vascular, inflamación crónica y necrosis parcial de las glándulas salivares menores, con metaplasia escamosa en los ductos y acinos adyacentes. Se presenta el caso de una mujer con SN a nivel del paladar duro.

PALABRAS CLAVE:

Sialometaplasia necrotizante, glándula salivar menor, lesiones orales.

SUMMARY

Necrotizing sialometaplasia (NS) is a rare, benign, self-limiting, necrotizing process involving the minor salivary glands, in most cases the mucoserous glands of the hard palate. Etiologically NS is thought to be the result of an ischemic event of the vasculature supplying the salivary gland lobules due to an aggression. Histopathological features of this lesion include ulceration of the overlying epithelium, vascular proliferation, chronic inflammation and partial necrosis of the salivary glands, with squamous metaplasia of the adjacent ducts. We showed a female patient with SN in the hard palate.

KEY WORDS:

Necrotizing sialometaplasia, minor salivary gland, oral lesions.

Introducción

La sialometaplasia necrotizante (SN) es una entidad rara, benigna, autolimitada y necrotizante que afecta a las glándulas salivares menores. En la mayoría de los casos, afecta a las glándulas mucoserosas del paladar duro pero, también, hay casos descritos en aquellos lugares donde existen glándulas salivares menores como la cavidad nasal, la encía, el triángulo retromolar, la fosa amigdalina, los senos paranasales, la laringe y la tráquea. La SN fue descrita por primera vez en 1973 por Abrams et al¹ y se caracteriza por su mimetismo tanto clínica como patológicamente con lesiones malignas, especialmente con el carcinoma escamoso y el carcinoma mucoepidermoide². Tampoco debemos olvidar el diagnóstico diferencial macroscópico con otras úlceras a nivel de paladar como puede ser el chancro sifilítico.

Etiológicamente se piensa que la SN surge de un evento isquémico a nivel de la vascularización de las glándulas salivares menores debido a una agresión biológica o química que provoca un infarto de éstas y consecuentemente una necrosis, inflamación y metaplasia de los ductos³. Existen factores predisponentes con este tipo de lesiones como el tabaco, las prótesis removibles, el alcohol, el consumo de cocaína, la infiltración de anestesia local, las enfermedades sistémicas⁴, la anorexia y la bulimia⁵ y, más recientemente, los Antiinflamatorios no esteroideos Tópicos (AINES)⁶.

Caso Clínico

Paciente de 32 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por presentar lesión ulcerosa a nivel de hemipaladar duro derecho de dos semanas de evolución que no mejora a pesar del tratamiento tópico con clorhexidina y ácido hialurónico (Fig. 1A). No refiere antecedentes traumáticos ni procesos dentales. No consumo de tabaco ni alcohol. No refiere trastornos en la alimentación.



Figura 1A: Paciente de 32 años con lesión ulcerosa a nivel de hemipaladar duro derecho, de dos semanas de evolución.

Ante la sospecha clínica de neoplasia maligna en paladar duro se comienza el estudio mediante la realización de Tomografía Computarizada (TC) cervicofacial y biopsia bajo anestesia local.

En el TC se aprecia lesión de aspecto neoplásico a nivel de hemipaladar duro derecho, de unos 20 x 15 mm con captación de contraste; no se aprecian adenopatías sospechosas (Fig. 1B).

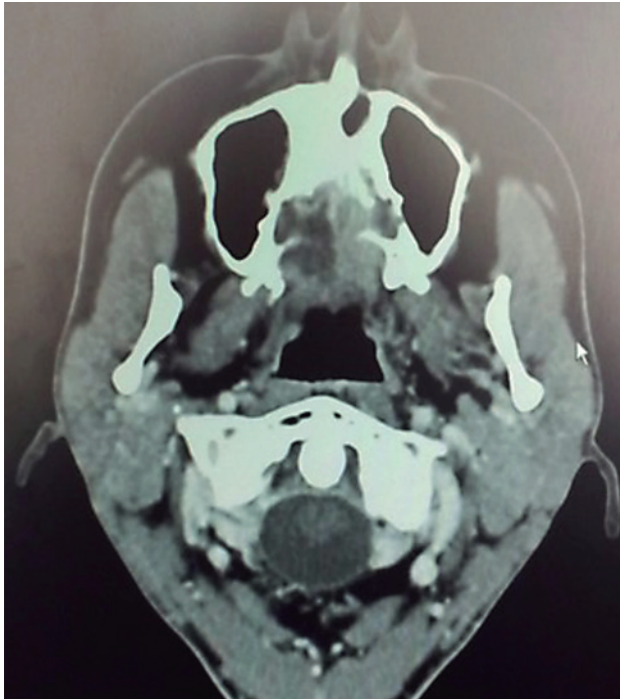


Figura 1B: Lesión de aspecto neoplásico a nivel de hemipaladar duro derecho, de unos 20 x 15 mm. con captación de contraste.

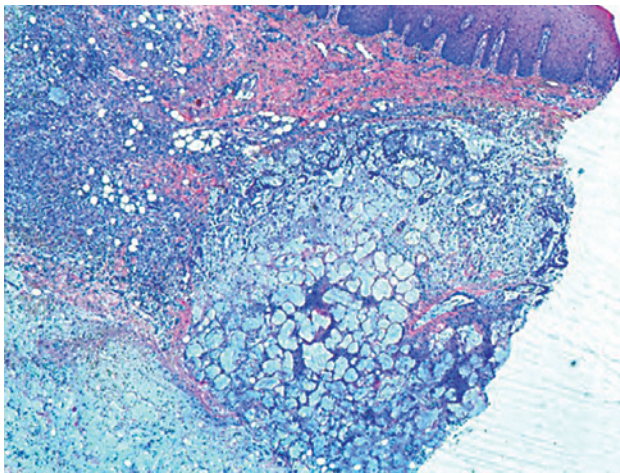


Figura 2A: X4 Se aprecian los acinos glandulares necrosados y los ductos metaplasiaados con abundante reacción inflamatoria.

En la biopsia aparece un tejido de granulación con inflamación aguda y crónica. Subyacentemente aparece un área necrosada con sombras celulares del que presuntamente corresponden estructuras acinares de base (Fig. 2A). Arquitectura preservada pese a la necrosis. Se trata de un epitelio metaplásico normal con cambios reactivos propios de la inflamación subaguda (Figs. 2B y 2C). El diagnóstico histopatológico fue de sialometaplasia necrotizante.

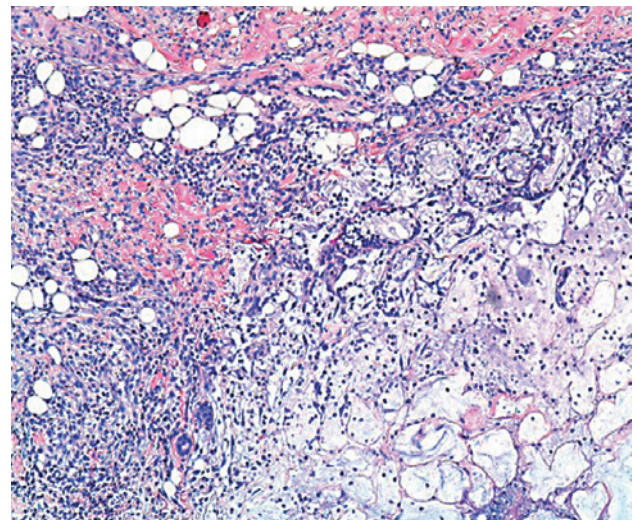


Figura 2B: X10 Ampliación a mayor aumento de los acinos glandulares necrosados.

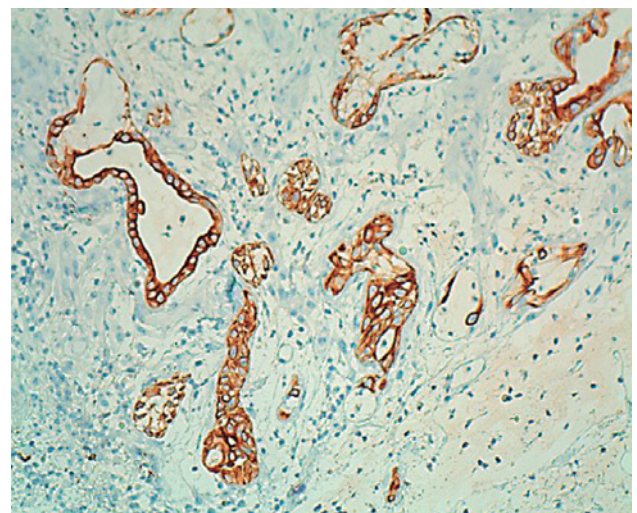


Figura 2C: CK5-6. Técnica inmunohistoquímica que demuestra la metaplasia escamosa de los ductos por la tinción de éstos mediante Hematoxilina y Eosina.

Ante dicho diagnóstico, se decidió tratamiento conservador de la lesión y seguimiento en consultas externas de Cirugía Oral y Maxilofacial cada dos semanas. Se observó curación progresiva con reepitelización de la mucosa palatina, sin secuelas, en un mes (Figs. 3A y 3B).

Discusión

La SN es una lesión benigna que se puede encontrar en cualquier lugar donde haya glándulas salivares. No obstante, la mayoría de los casos publicados han sido en la cavidad oral⁷.

La lesión causada por la SN puede ocurrir en cualquier grupo de edad con una edad media de 50 años en los hombres y de 36 años en las mujeres⁸. En el caso anteriormente expuesto se trata de una mujer por debajo de la media de edad publicada.



Figura 3A: Proceso de regeneración de hemipaladar derecho.



Figura 3B: Proceso de regeneración completa.

Existen múltiples factores de riesgo descritos en la literatura que explican la isquemia local producida en el paladar. El trauma local es considerado el más frecuente entre ellos. Antes de la extracción de una pieza dentaria en el maxilar superior se debe infiltrar anestésico local, generalmente con adrenalina, a nivel del paladar duro, contribuyendo a la isquemia por la vasoconstricción farmacológica⁹. El alcohol, el tabaco o el consumo de cocaína puede disminuir el flujo sanguíneo a nivel de la mucosa¹⁰. Otro posible factor predisponente es la irritación química

crónica propia de pacientes con bulimia y vómitos crónicos donde la combinación entre agentes físicos y químicos, como el pH gástrico y el uso de los dedos para inducir el vómito predisponen a la SN¹¹.

En nuestro caso, la paciente no refiere ninguno de los factores de riesgo expuestos previamente lo que vuelve a confirmar la etiología incierta de muchos de los casos publicados.

La manifestación típica de la SN es una lesión nodular submucosa a nivel del paladar duro que se convierte en una lesión ulcerosa. El diagnóstico definitivo es mediante biopsia a realizar en la máxima brevedad posible, debido a su similitud con los procesos malignos.

Histopatológicamente se aprecia ulceración del epitelio, proliferación vascular, inflamación crónica y necrosis parcial de las glándulas salivares menores, con metaplasia escamosa en los ductos y acinos adyacentes. Las células mucosas puede verse en el interior de las glándulas salivares, enmascarando a un carcinoma mucoepidermoide citológicamente. Sin embargo, la preservación de la estructura lobular de las glándulas es algo que lo distingue de otras neoplasias malignas, especialmente del carcinoma mucoepidermoide.

Anneroth y Hansen describieron 5 estadios histopatológicos:¹² infarto, secuestro, ulceración, estadio reparativo y estadio de curación.

La SN es un evento autolimitado, por lo que no requiere cirugía. La lesión se resuelve espontáneamente después de regenerarse el proceso isquémico. No obstante, no debemos olvidar que también se han relatado casos de tumores malignos como el carcinoma escamoso, el linfoma T y el carcinoma adenoide quístico asociado a la SN, por lo que la biopsia es imprescindible para un diagnóstico definitivo y la selección de un tratamiento adecuado.

En el caso de conocer el factor de riesgo implicado, se debe retirar y esperar unas 4-8 semanas¹³ para que se recupere y se regenere la mucosa. En nuestro caso, se decidió tratamiento conservador y el proceso de regeneración tardó unas 6 semanas.

Conclusión

Tanto los clínicos como los patólogos deben de tener presente la existencia de la SN como entidad capaz de asemejarse a tumores malignos no sólo clínica sino también histopatológicamente. La realización de una biopsia es imprescindible para el diagnóstico definitivo así como una adecuada anamnesis, centrándonos en las posibles causas que producen isquemia a nivel palatino y evitando, así, el tratamiento inadecuado del paciente.

Bibliografía

1. A. M. Abrams, R. J. Melrose, and F. V. Howell, "Necrotizing sialometaplasia. 1 A disease simulating malignancy," *Cancer*: 1973; 32 (1): 130–135.
2. Y. Kimura, K. Matsuzaka, K. Matsuoka, T. Muramatsu, Y. Yokoyama, and T. Inoue, "A case report of necrotizing sialometaplasia with immunohistological findings and a review of the literature," *Oral Medicine & Pathology*, 2011; 15 (3): 87–90.
3. Garcia NG, Oliveira DT, Faustino SE, Azevedo AL. Necrotizing sialometaplasia of palate: a case report. *Case Reports in Pathology*. 2012:679325.
4. I. Kaplan, M. Alterman, S. Kleinman et al., "The clinical, histo- logic, and treatment spectrum in necrotizing sialometaplasia," *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 2012; 114 (5): 577–585.
5. H. Scho ning, R. Emshoff, and A. Kreczy, "Necrotizing sialometaplasia in two patients with bulimia and chronic vomiting," *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 1998; 27 (6): 463–465.
6. Gatti A, Broccardo E, Poglio G, Benech A. Necrotizing Sialometaplasia of the. Hard Palate in a Patient Treated with Topical Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drug. *Case Rep Dent*. 2016:9545861.
7. L. Ylikontiola, M. Siponen, T. Salo, and G. K. B. Sa dor, "Sialometaplasia of the soft palate in a 2-year-old girl," *Journal of the Canadian Dental Association*, 2007; 73 (4): 333–336.
8. Krishna S, Ramnarayan BK. Necrotizing sialometaplasia of palate: a case report. *Imaging Science in Dentistry*. 2011;41(1):35–38.
9. S. Ghali, K. R. Knox, J. Verbese, U. Scarpidis, K. Izadi, and P. A. Ganchi, "Effects of lidocaine and epinephrine on cutaneous blood flow," *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 2008; 61 (10): 1226–1231.
10. T. A. Imbery and P. A. Edwards, "Necrotizing sialometaplasia: literature review and case reports," *Journal of the American Dental Association*, 1996; 127 (7): 1087–1092.
11. H. Scho ning, R. Emshoff, and A. Kreczy, "Necrotizing sialometaplasia in two patients with bulimia and chronic vomiting," *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 1998; 27 (6): 463–465.
12. G. Anneroth and L. S. Hansen, "Necrotizing sialometaplasia. The relationship of its pathogenesis to its clinical characteristics," *International Journal of Oral Surgery*, 1982; 11 (5): 283– 291.
13. R. B. Brannon, C. B. Fowler, and K. S. Hartman, "Necrotizing sialometaplasia. A clinicopathologic study of sixty-nine cases and review of the literature," *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 1991; 72 (3): 317–325.

Correspondencia

Dra. Úrsula M Jariod- Ferrer

E-mail: ursulajf87@gmail.com. 646831333