

(Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Profesor D. Prat)

TUMOR MIXTO DE LA GLÁNDULA SUB-MAXILAR

E. LAMAS - POUÉY y A. POU DE SANTIAGO

En Agosto de este año (1936) ingresó al servicio de la Clínica Quirúrgica del Profesor Prat, una enferma con una tumoración de la región sub-maxilar, la cual, después de estudiada, se diagnosticó como tumor mixto de la glándula sub-maxilar. Es por indicación de nuestro Profesor que presentamos este caso a las reuniones de la Sociedad de Cirugía.

Antes de pasar al relato de nuestro caso haremos un breve resumen de los conocimientos actuales al respecto.

La presencia de estos tumores, sin llegar a ser de una rareza extrema, constituye un hecho poco frecuente.

Revisando la bibliografía a nuestro alcance, vemos que después de la primera observación publicada por Scholtz, en 1855, Küttner (1896) reunió en 40 años 97 observaciones. En 1929, Ivanissevitch y Ferrari publican 4 observaciones en un total de 25.000 enfermos del Instituto de Clínica Quirúrgica de Buenos Aires, del Profesor Arce. En 1931, Gosset, Bertrand y Funck - Brentano encuentran 4 casos sobre 18.000 enfermos, y últimamente, en 1935, Brito, del Servicio Quirúrgico del Prof. Brandao Filho, de Río de Janeiro, publica 2 tumores entre 5.700 pacientes. En nuestro país existe una observación publicada el pasado año (1935) por los Drs. Pietra y Barberousse relativa a una niña de 12 años. Es decir, que el porcentaje es alrededor de 1 cada 5.000 enfermos.

Estos tumores son también menos frecuentes que los de la parótida, existiendo una relación de 1 a 3.

En lo que se refiere a la edad, los autores, en general, mencionan el período entre los 20 y 30 años.

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 2 de diciembre de 1936.

El sexo más atacado parece ser el femenino, aun cuando hay autores, como Ivanissevitch y Ferrari, que creen no existe preferencia.

La localización a derecha o izquierda se presenta indiferentemente.

La etiología de estos tumores es desconocida; no se ha demostrado la influencia que puedan tener las infecciones glandulares, los traumatismos, la sífilis, la herencia.

ANATOMIA PATOLÓGICA. — Los tumores mixtos de la glándula sub-maxilar se presentan, en general, de forma irregularmente ovoide, de tamaños diversos, que varían entre el de una nuez y un puño, alcanzando a veces dimensiones como el caso de Halit (1 kg.) o el de Morestin (6 kg. 570).

El tumor está rodeado de una cápsula conjuntiva densa que lo separa del tejido ambiente y de la misma glándula sub-maxilar. Está adherido a ésta por tractos fibrosos más o menos densos, los cuales pueden disecarse con cierta facilidad, realizando la enucleación total del tumor. Son, en realidad, como dice muy bien Bompert, tumores extra-glandulares. Solamente un caso de Küttner era intra-glandular.

Tienen una consistencia dura, elástica, a veces pseudo-fluctuante.

La superficie externa se presenta unas veces lisa, en general abollonada. Al corte se observan nódulos de color blanquecino, brillante o amarillo oscuro, separados por tabiques conjuntivos; se observan muy escasos vasos.

El estudio microscópico de estos tumores, los muestra semejantes a los tumores mixtos de la parótida. Se observan en ellos todas las variedades de tejidos conjuntivos, desde el tejido laxo, al tejido denso; desde una densidad celular muy grande, a una pobreza evidente. Se presentan algunas zonas con células alargadas, fusiformes o redondas, pequeñas, que recuerdan el aspecto de los sarcomas fuso-celulares o globo-celulares; en otras zonas, en medio de una sustancia amorfa, existen células estrelladas que recuerdan el tejido mixomatoso. Existen también núcleos más o menos difusos de tejidos cartilaginosos, hialinos o fibrilares.

En medio de estos tejidos francamente conjuntivos se observan formaciones celulares de aspecto epitelial cilíndrico o poli-

gonal, que adoptan estructuras semejantes a tubos o acinis, o de estructura epitelial pavimentosa con globos córneos que recuerdan ya los epitelomas glandulares, ya los pavimentosos. Por esta constitución tan compleja, se justifica plenamente la denominación de *tumores mixtos*.

HISTOGÉNESIS. — El origen de estos tumores no está definitivamente aclarado; mucho se ha discutido y son múltiples las hipótesis propuestas. Veamos como las ha resumido Fry:

1. *Origen endotelial*. (Wolkmann, Billroth, Küttner).

El tumor se originaría en el endotelio de los vasos linfáticos, más raramente sanguíneos, cuyas células sufrirían una metaplasia; serían, según esto, verdaderos *endoteliomas*.

2. *Origen embriológico*. — Se trataría de un disturbio de las células glandulares embrionarias.

3. *Origen branquial*. (Veau, Cuneo). Se explicaría por desarrollo de restos de los arcos branquiales, incluidos en el período embrionario; en apoyo de esta teoría estaría la presencia del tejido cartilaginoso.

4. *Origen de gérmenes embrionarios*. (Conheim, Chevassu). Existirían restos blastodérmicos incluidos en la glándula que en un momento dado crecerían. Chevassu los llama *enclavomas*.

5. *Origen glandular*. (Masson, Mazza). El origen estaría en las células epiteliales de los túbulos o acini de la glándula submaxilar, que sufrirían una *metaplasia*.

Creemos poder reducir sintéticamente estas hipótesis a tres orígenes, a saber, endotelial, embriogénico y metaplásico.

La enumeración de estas hipótesis muestra cuanta razón tiene Mac Farland cuando dice “el origen de estos blastomas es todavía incierto”.

SINTOMATOLOGÍA. — En general, el paciente consulta médico por que observa el aumento de volumen y la deformación de la región sub - maxilar. El crecimiento es, en general, lento, tarda 2 ó 3 años en alcanzar el tamaño de una nuez; es indoloro, tanto espontáneamente, como a la presión. No se acompaña de trastornos funcionales. Por la palpación se le encuentra móvil sobre los planos profundos, e independiente de la piel. No se palpan ganglios regionales. La evolución de estos tumores es, en la ma-

yoría de los casos, benigna, puede llegar hasta 4, 10, 12, 25 años. Pero la transformación maligna se observa, ya sea en sentido epiteliomatoso o sarcomatoso.

Cuando se verifica esta transformación, rápidamente invade los tejidos vecinos, se adhiere al piso de la boca y a la piel, provoca trastornos funcionales de la masticación, la deglución y la fonación. La adenopatía ganglionar debe ser sospechosa, aun cuando no significa la cancerización obligatoria del ganglio. (Morestin).

Las recidivas, luego de extirpado el tumor, se producen en un lapso de tiempo corto, y en un 10 % de los casos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. — El tumor mixto de la glándula sub-maxilar puede ser confundido con toda afección que significa un aumento de volumen localizado de la región sub-maxilar. Estas afecciones son:

1. *Adenitis tuberculosa*. — Los casos de adenitis únicas de evolución lenta se prestan a confusión (Ivanissevitch, Pietra); en el acto operatorio se reconoce el error.

2. *Adenopatía cancerosa secundaria*. — Se excluye por la ausencia del cáncer primitivo (lengua, nariz, boca).

3. *Sialo-adenitis sub-maxilar crónica*. — Es dolorosa, de una evolución crónica con empujes agudos y poco móvil. Este diagnóstico es sumamente difícil cuando se trata de procesos sifilíticos o tuberculosos, los cuales, por otra parte, son muy raros.

4. *Cáncer sub-maxilar*. — Raro, tiene un crecimiento rápido; el diagnóstico es histológico.

5. *Flemón y adenoflemón*. — Se presentan como una tumefacción dolorosa, inflamatoria, con fluctuación y con modificación del color de la piel y de la movilidad.

6. *Litiasis salivar*. — Diagnóstico fácil por la existencia de los "cólicos salivares" y los procesos de inflamación glandular.

7. *Actinomicosis*. — Es, en general, secundaria a la actinomicosis cérvico-facial, sin límites precisos.

8. *Linfadenoma, linfolipoma*.

El tratamiento de estos tumores es, como se realizó en la observación que presentamos, el quirúrgico. La vía de abordaje preferible es la sub-maxilar, por incisión cutánea a la rama horizontal del maxilar inferior. Morestin ha ensayado la vía endo-

bucal. Presenta tres grandes inconvenientes; la hemorragia por hemostasis imperfecta, la infección por la imposibilidad de asepsia bucal y la recidiva más probable por la imperfección de la extirpación.

Respecto al pronóstico de estos tumores relacionándolos con su estudio anatómico - patológico y con el grado de "madurez" alcanzado en la evolución de los mismos antes de haberse practicado su extirpación quirúrgica nos interesa resumir aquí las conclusiones de Mac Farland, quien en muchos años de dedicación a ese respecto ha logrado reunir 297 casos de tumores mixtos de la parótida, submaxilar y sublingual. El porcentaje de recidivas es de un 23,28 %.

Las investigaciones tendientes a relacionar la estructura anatómico - patológica con su evolución clínica no han llegado a precisión alguna y dicho autor no cree que el microscopio sea una ayuda para el pronóstico.

El momento de la aparición de la recidiva ha sido hallado, desde ser "inmediato" después de la operación, hasta los 47 años después, por lo cual es difícil afirmar el éxito de la terapéutica cualquiera que haya sido.

El autor mencionado no cree en los efectos benéficos del tratamiento actino - terapico, ya solo, ya unido a la cirugía.

Finalmente insiste Mac Farland en que no hay ventajas en operar demasiado precozmente estos tumores, estimando que el momento favorable que él llama madurez, es cuando ha alcanzado el tamaño de un limón. Cuanto más pequeño es el tamaño del tumor extirpado, mayor es la posibilidad de recidivar.

I. R. de 45 años de edad, uruguaya, viuda, raza blanca, ingresa a la Clínica Quirúrgica del Profesor Prat, el 6 de agosto de 1936. (Hist. Clínica N° 208).

Antecedentes personales. — Ha sido siempre sana, hasta hace 20 días en que presentó un cuadro doloroso epigástrico acompañado de vómitos, lo cual obligó su hospitalización en una sala de Medicina. Este síndrome pasó rápidamente. Es enviada entonces a este Servicio. Ha tenido 7 hijos, 6 de los cuales murieron de corta edad, no sabiendo la enferma especificar la causa, debido en gran parte a confusión mental.

Antecedentes familiares. — Los padres fueron sanos; han fallecido, no sabiendo la enferma precisar la causa. El esposo falleció, ignora la causa.

Causa del ingreso. — Hace 4 meses notó la enferma un pequeño nódulo, que aprecia en el tamaño de una arveja, en la región vecina al ángulo del maxilar del lado izquierdo, siendo completamente indoloro y no producién-

dole molestias de clase alguna. Esta tumoración ha crecido progresiva y rápidamente, teniendo en el momento actual el tamaño de un huevo de paloma.

Examen. — Se trata de una mujer de aspecto añoso, que no concuerda con la edad de 45 años. Complexión delgada. En la región submaxilar izquierda se observa una tumoración del tamaño de un huevo de paloma que llega por arriba hasta el ángulo y porción horizontal del maxilar inferior izquierdo y por atrás se aproxima al borde anterior del músculo esterno-cleido - mastoideo.

Por palpación externa se percibe una masa de consistencia dura, elástica, de superficie lisa, con grandes lobulaciones. Es completamente indepen-

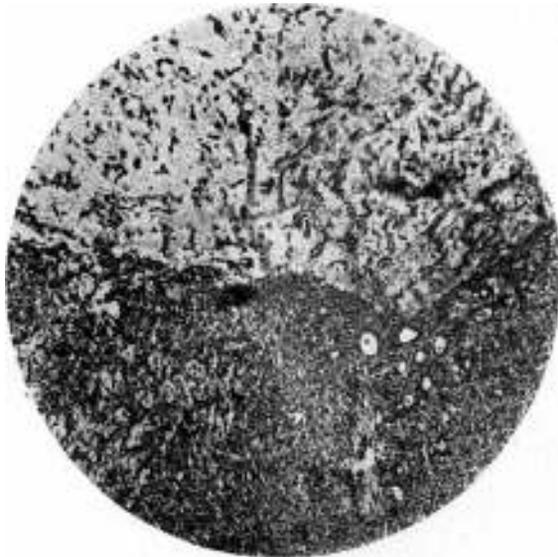


Fig. 1

diente a la piel. Sus movimientos son limitados por adherencias profundas. La movilización en sentido antero - posterior es bastante amplia; no así en dirección transversal, aunque este movimiento, como se comprende fácilmente, está limitado por la porción horizontal del maxilar inferior. Se palpa claramente la independencia del esterno - cleido - mastoideo. Haciendo deglutir a la paciente, se observa la independencia con los movimientos de deglución. Por palpación combinada, externa e intrabucal, se perciben las características ya descritas. Además, se palpa una pequeña masa del tamaño de una arveja, que se aísla del tumor descrito, pero que parece formar cuerpo con él. Se tiene la impresión de que podría ser la prolongación milohiodea de la glándula sub - maxilar. Todo este examen se realizó sin que la enferma acusara dolor en ningún momento. No se palpa adenopatía sub - maxilar, supra - hiodea o carotídea. No existe circulación colateral, ni aumento local de la

temperatura. Se interpreta la tumoración como una neoplasia originada en la glándula sub-maxilar, sin poder precisar su naturaleza.

El examen cardiovascular y respiratorio no revela particularidades dignas de mención. Tensión arterial: máx. 14 $\frac{1}{2}$, mín. 9 $\frac{1}{2}$. Enferma apirética.

Exámenes de laboratorio. — Urea en litro de suero 0,45 %; Orina: normal.

Preparación pre-operatoria. — Dada la edad funcional de la enferma (45 años confesados, pero representando 60), se practica una cura digitalica previa; se le da en dos días 40 gotas por vía oral.

Operación. — Agosto 20, 1936. Intervienen Drs. R. Yannicelli y E. Lamas Pouey.

Anestesia local. Se infiltra la región sub-maxilar izquierda con solu-

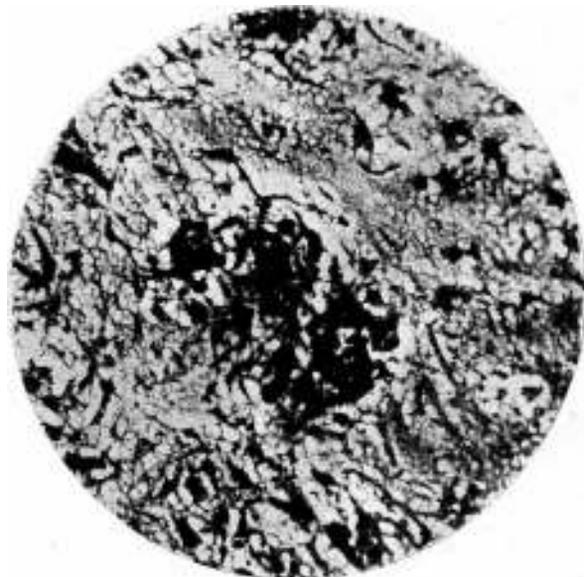


Fig. 2

ción de novocaína al $\frac{1}{2}$ %. Se practica una incisión de 4 cms. de longitud, paralela al reborde de la porción horizontal del maxilar inferior y a un través de dedo de éste. Se aborda la tumoración y se aísla metódicamente del tejido conjuntivo ambiente. Se disecan las adherencias laxas que unen la masa tumoral a la glándula sub-maxilar subyacente. Se procede a la enucleación total, previa ligadura del pedículo. Se extirpa totalmente. Cierre del plano profundo con catgut, agraffes en la piel.

Examen anatómo-patológico de la pieza operatoria. — *Examen macroscópico.* — El estudio de la tumoración nos muestra una formación irregularmente ovoidea, multilobular, ligeramente aplanada (3.2 \times 2.6 \times 2 cms.). Al tacto presenta una dureza elástica y en algunos puntos cierto grado de fluctuación.

Al corte se comprueba la dureza antes mencionada. La superficie de sección es plana y presenta nódulos circunscritos de color blanco-grisáceo, de un tamaño variable entre un garbanzo y una arveja, rodeados por tractos conjuntivos blancos y brillantes. Existen, además, formaciones quísticas de contenido mucoso. Llama la atención la escasez de elementos vasculares.

Examen microscópico. — Los cortes muestran en una visión topográfica a peq. aumento, zonas de distinta riqueza celular; en unas claras, con poca tinción llama la atención la escasez de elementos; en otras, intensamente coloreadas, la exuberancia celular. (Fig. 1). A mayor aumento se observa, en las zonas claras, una sustancia fundamental, de aspecto mucoso, en el

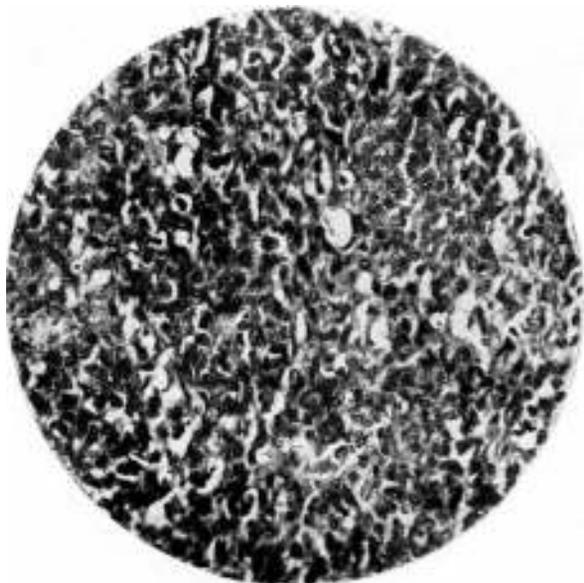


Fig. 3

seno de la cual existen escasas células de tipo conjuntivo, estrelladas, con prolongaciones que se anastomosan entre sí, y algunos pocos vasos de paredes muy finas. (Fig. 2).

Las zonas oscuras están constituidas por grupos de células jóvenes, de núcleos claros, cuya estructura es en ciertos casos francamente conjuntiva y en otros de tal naturaleza que es prácticamente imposible el afirmar su carácter epitelial o conjuntivo. Existen algunos sitios en los que se ve como un sincicio protoplasmático, sembrado de núcleos, sin límites celulares. Los escasos vasos presentan paredes sumamente delgadas, y algunos sin paredes propias, recordando los vasos de los sarcomas (fig. 3). No se observan formaciones evidentemente epiteliales ni cartilaginosas.

Por los datos expuestos se diagnostica:

Tumor mixto de la glándula sub-maxilar con zonas de gran riqueza celular.

Post-operatorio. — El período sub-siguiente al acto operatorio, fué excelente, completamente apirético, sin complicaciones. La herida operatoria cicatrizó *per-primam*. La enferma se da de alta el 26 de agosto, a los 6 días de la operación.

BIBLIOGRAFÍA

- BOMPET (R.). — Patología de la glándula sub-maxilar. *Semana Médica*, (Buenos Aires). **1930**.
- BRITO (J. - A. de). — Tumores mixtos de glándula sub-maxilar. *R. Brasileira de Medicina e Pharmacia*. **1930**.
- FRASER (A.). — Mixed tumors of the salivary glands. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, XXVII, **1918**.
- GOSSET (A.), BERTRAND (I.) y FUNCK-BRENTANO. — Les tumeurs mixtes de la glande sub-maxillaire. *Journal de Chirurgie*. **1932**.
- HALIT ZIYA SALIH. — Tumor sólido de la glándula sub-maxilar. — *Zentral-Blatt fur Chirurgie*, Bd. LIX, **1932**.
- IVANISSEVICH (O.) y FERRARI (R.). — Tumores mixtos de la glándula sub-maxilar. *Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica*. **1928**.
- LEROUX (R.) y LEROUX (R.-J.). — Ensayo de clasificación estructural de los tumores de las glándulas salivares. *Bull. de l'Assoc. Franc. pour l'étude du cancer*.
- MAC FARLAND (J.). — 90 tumores de la región parotídea. — *Am. J. M. Sc.* **1926**, pp. 172-804.
- MAC FARLAND (J.). — Adenoma de las glándulas salivares. — *Am. J. M. Sc.* **1927**, pp. 174-362.
- MAC FARLAND (J.). — Tumores de la reg. parotídea. *Surg. Gyn. et Obst.* **1933**, pp. 104-114.
- MAC FARLAND (J.). — Tumores mixtos de las glándulas salivares. — *Surg. Gyn.* **1936**, pág. 457.
- PIETRA (R.) y BARBEROUSSE (C.). — Tumor mixto de la glándula sub-maxilar. *Anales de Otorinolaringología del Uruguay*, T. V. **1935**.
- WAKELEY (C.-P.). — Tumor of the salivary glands. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, XLVIII. **1929**.