

Sialometaplasia Necrotizante y la importancia de considerarla como un diagnóstico diferencial de neoplasias intraorales

Necrotizing Sialometaplasia and the importance of considering it as a differential diagnosis of intraoral neoplasms

Sialometaplasia Necrosante e a importância de considerá-la como diagnóstico diferencial de neoplasias intraorais

Jaime de la Maza Acevedo¹  0000-0002-7919-2433

Francisca Sofía Donoso-Hofer²  0000-0003-1673-3551

¹Práctica privada

²Departamento de Cirugía y Traumatología Bucal y Máxilo Facial, Facultad de Odontología – Universidad de Chile.

jaimedelamazaacevedo@gmail.com

Resumen

La sialometaplasia necrotizante es una entidad patológica benigna y autolimitante que se presenta en glándulas salivales menores, ubicada con mayor frecuencia en el límite entre el paladar duro y blando. Presenta una etiología poco clara, asociándose a trauma físico, químico o biológico, que produciría necrosis por isquemia del tejido glandular y un posterior intento de reparación, que histológicamente se traduce en una metaplasia del tejido. Clínicamente puede presentarse como una úlcera irregular, de bordes sollevantados y fondo necrótico, confiriéndole un aspecto fácilmente confundible con una neoplasia maligna oral. Si bien presentan una baja prevalencia, su conocimiento puede evitar maniobras clínicas innecesarias y mutilantes. Se presenta el caso de un adulto, quien contaba con antecedentes familiares de neoplasia maligna de cabeza y cuello, y su evolución clínica. Lesiones ulceradas de aspecto crateriforme, ubicadas en el paladar, deberían evocar a esta lesión como parte de sus hipótesis diagnósticas, su conocimiento puede evitar llevar a cabo tratamientos mutilantes e innecesarios.

Palabras clave: sialometaplasia necrotizante, glándulas salivales

menores; neoplasias de la boca.

Abstract

Necrotizing sialometaplasia is a benign and self-limiting pathological entity that occurs in minor salivary glands, most frequently located on the border between the hard and soft palate. It has an unclear etiology, being associated with physical, chemical or biological injury, which would produce necrosis due to ischemia of the glandular tissue and a subsequent attempt to repair, which histologically translates into tissue metaplasia. Clinically, it can present as an irregular ulcer, with raised edges and a necrotic base, giving it an appearance that is easily confused with a malignant oral neoplasm. Although they have a low prevalence, their knowledge can avoid unnecessary and mutilating clinical maneuvers. We present the case of an adult, who had a family history of malignant neoplasm of the head and neck, and his clinical evolution. Relevant aspects are discussed. Ulcerated lesions with a crater-like appearance, located on the palate, should evoke this lesion as part of their diagnostic hypotheses, their knowledge can avoid carrying out mutilating and unnecessary treatments.

Keywords: necrotizing sialometaplasia, minor salivary glands; mouth neoplasms.

Resumo

A sialometaplasia necrosante é uma entidade patológica benigna e autolimitada que ocorre nas glândulas salivares menores, mais frequentemente localizadas na margem do palato duro e mole. Tem etiologia incerta, estando associada a uma lesão física, química ou biológica, que produziria necrose por isquemia do tecido glandular e posteriormente uma tentativa de reparação, que se traduz histologicamente em metaplasia tecidual. Clinicamente, pode apresentar-se como uma úlcera irregular, com bordas elevadas e base necrótica, o que lhe confere um aspecto facilmente confuso com uma neoplasia oral maligna. Embora tenham baixa prevalência, seu conhecimento pode evitar intervenções clínicas desnecessárias. Apresentamos o caso de um adulto, com histórico familiar de neoplasia maligna de cabeça e pescoço, e sua evolução clínica. Aspectos relevantes são discutidos. Lesões ulceradas com aspecto de cratera, localizadas no palato, devem evocar essa lesão como parte de suas hipóteses diagnósticas, seu conhecimento pode evitar a realização de tratamentos mutilantes e desnecessários.

necrotizing sialometaplasia, minor salivary glands; mouth neoplasms.

Palabras clave: sialometaplasia necrosante, glândulas salivares

menores; neoplasias bucais.

Introducción

La sialometaplasia necrotizante corresponde a un proceso reactivo benigno y autolimitante, que se presenta más frecuentemente en glándulas salivales menores.⁽¹⁾ Su etiología es poco clara, se sugiere que un trauma físico, químico o biológico podría producir isquemia y posterior necrosis en tejido glandular. Posteriormente, el intento de reparación resultaría en una metaplasia del tejido, lo que se traduciría en la presencia de una úlcera necrótica de mal aspecto.⁽²⁾

Si bien esta lesión es poco común, con una prevalencia menor al 1%⁽¹⁾, su importancia radica en que su aspecto clínico e histopatológico se puede confundir fácilmente con neoplasias malignas orales, como el carcinoma mucoepidermoide o el carcinoma de células escamosas, por lo que conocer su existencia permite que frente a su ocurrencia se mantenga una conducta clínica expectante, evitando realizar maniobras clínicas innecesarias y alarmar al paciente.⁽¹⁻³⁾ A continuación se presenta un caso de sialometaplasia necrotizante, se realiza una revisión de la literatura y se discuten aspectos clínicos.

Antecedentes

Paciente hombre de 48 años consultó en unidad de urgencia odontológica por dolor hemimaxilar izquierdo de 1 semana de evolución, que aumenta a la masticación. Comenta además haber sentido mal sabor en la boca. En anamnesis remota destacan hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II, ambas en tratamiento, hábito tabáquico de 5 cigarrillos/día y consumo de alcohol ocasional – social. Entre sus antecedentes familiares, destaca la muerte de su madre debido a neoplasia maligna maxilofacial, sin especificar diagnóstico.

Figura 1: Se observa úlcera de fondo sucio, crateriforme, de bordes definidos de 10x10 mm de diámetro mayor, ubicada en mucosa

palatina en relación a molares maxilares izquierdos. Dientes 2.6 y 2.7 en estado radicular.



Al examen clínico intraoral, se pesquizan dientes 2.6 y 2.7 en estado radicular y aumento de volumen palatino. (Figura 1) Destaca presencia de úlcera de aspecto crateriforme, fondo sucio y bordes definidos de 10 x 10 mm de diámetro. Se realiza exodoncia de restos radiculares y se indica colutorio de clorhexidina al 0,12% 2 veces al día por 7 días para mejorar las condiciones locales y disminuir el componente inflamatorio. Se cita a control en 1 semana para valorar necesidad de biopsia y estudio histopatológico.

Figura 2: Control posterior a 1 semana. Se observa menos inflamación, fondo homogéneo con tejido cicatrizal.



En el control refiere menor sintomatología y al examen se observó una franca regresión de la úlcera (Figura 2), presencia de fibrina en el fondo y disminución de signos inflamatorios. Se decidió no realizar biopsia, por hipótesis diagnóstica de sialometaplasia necrotizante. Los controles continuaron durante las 4 semanas siguientes observándose al cabo de un mes una completa reparación del tejido (Figura 3).

Figura 3: Control posterior a 4 semanas. Se observan tejidos sanos, remisión total de úlcera.



Discusión

La sialometaplasia necrotizante es una entidad de fisiopatología poco clara. Se plantea que se podría producir por isquemia de glándulas salivales menores generado por diversas condiciones: trauma directo, uso de alcohol, uso de cocaína, radioterapia, administración de anestesia local con vasoconstrictor, procedimientos quirúrgicos, hábito tabáquico y bulimia. También se ha asociado a la presencia de inflamación crónica.⁽⁴⁻⁵⁾ En este caso, el paciente declaró fumar, y beber de forma ocasional, además presentó un foco infeccioso crónico en los dientes vecinos, lo que en conjunto podría explicar la etiología para este caso en particular. No se puede descartar el abuso de drogas a pesar que el paciente no lo refiera.

Se presenta mayormente en hombres, en la 5ta década de vida, aunque se puede manifestar a lo largo de toda la vida. Inicialmente se manifiesta como un aumento de volumen no ulcerado, usualmente asociado a dolor y parestesia. Luego de 2 a 3 semanas se produce el desprendimiento del tejido necrótico, lo que clínicamente corresponde a una úlcera irregular bien delimitada, con bordes solevantados y fondo necrótico. Presenta un tamaño variable entre 0,5 y 3 cm.⁽¹⁻⁴⁾ Con mayor frecuencia se ubica en mucosa palatina, en el límite entre el paladar duro y blando, de forma unilateral, aunque es posible observarla en otros sitios, como mucosa sinusal, laringe y piso de boca. En la mayoría de los casos se describe como una lesión sintomática y dolorosa.⁽³⁻⁴⁾ En el caso de nuestro paciente, la úlcera

presentaba características clínicas similares a las descritas en la literatura, ubicación unilateral en límite entre paladar duro y blando. Un aspecto que llama a la confusión es el aumento de volumen asociado, pues este se ubicaba adyacente a la úlcera probablemente causado por los focos infecciosos orales que presentaba al momento de consultar.

La primera impresión diagnóstica fue sugerente de una lesión neoplásica de glándulas salivales menores sin embargo es prudente siempre considerar el diagnóstico diferencial de sialometaplasia necrotizante sobretodo en casos en que el aspecto clínico no sea concluyente: ausencia de necrosis por presencia de masa tumoral, ausencia de gran vascularidad como las neoplasias de cavidad oral o la ausencia de cambio de coloración que podría ser sugerente un carcinoma mucoepidermoide de glándula salival menor. Otros diagnósticos diferenciales de sialometaplasia necrotizante incluyen al carcinoma celular escamoso, sialoadenitis necrotizante subaguda, linfomas, histioplasmosis y sífilis, entre otros.⁽⁴⁻⁵⁾

En algunos casos se aprecian lesiones voluminosas, identificadas en exámenes imagenológicos como resonancia magnética y tomografía computarizada.⁽⁴⁻⁵⁾ Es por ello, que en la mayoría de los casos se realiza biopsia para confirmar el diagnóstico. En nuestro caso la indicación de biopsia fue desechada, pues al control posterior a una semana, sin el factor inflamatorio provocado por la infección odontogénica y regresión de la sintomatología, se identificó como sialometaplasia necrotizante, que se mantuvo en observación hasta que remitió completamente.

La histopatología de la sialometaplasia necrotizante incluye necrosis lobular de las glándulas salivales, hiperplasia pseudoepiteliomatosa del epitelio de recubrimiento y metaplasia escamosa prominente del epitelio de los conductos salivales. Adicionalmente a la histopatología, el análisis inmunohistoquímico puede ser útil, donde dará positivo a citoqueratina-7, contrario a lo que sucede en carcinoma escamoso celular.⁽⁴⁾

La sialometaplasia necrotizante, al ser una lesión benigna y autolimitada no requiere tratamientos especiales, pues se producirá su remisión incompleta al paso de 3 a 12 semanas dependiendo de su extensión. Se ha visto que el uso de corticoesteroides tópicos y el uso de láser de baja potencia acortarían el tiempo de recuperación. Su recurrencia es extremadamente infrecuente, y solo se ha reportado una vez en la literatura.⁽⁷⁻⁹⁾

Como se mencionó anteriormente, el aspecto clínico inicial fue relevante en primera instancia para levantar sospechas de una lesión maligna, lo cual llevó a realizar un seguimiento del paciente y,

finalmente, a concluir la naturaleza benigna de la lesión. Es importante destacar el manejo cuidadoso de lesiones de este tipo, donde la experiencia clínica, anamnesis, examen físico y biopsia llevará al correcto tratamiento, pues incluso se han reportado tratamientos tan mutilantes como una maxilectomía con un diagnóstico final de sialometaplasia necrotizante.⁽⁴⁻⁷⁾

Conclusiones

La sialometaplasia necrotizante es una lesión infrecuente, benigna y autolimitante que puede simular una neoplasia maligna, llevando incluso a tratamientos radicales e innecesarios. La biopsia es requerida en la mayoría de los casos para descartar neoplasias malignas. Para su manejo, es fundamental contar con buenos antecedentes del caso, sumado a una correcta experticia clínica. Cualquier lesión ulcerada de aspecto crateriforme, ubicada en el paladar, debería evocar a esta lesión como parte de sus hipótesis diagnósticas.

Referencias

1. Riquelme ME, Badilla MR. Sialometaplasia Necrotizante: Revisión de la literatura a propósito de un caso. *Int J Odontostomat.* 2018; 12(2):142-146. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2018000200142>
2. Moreno Garcia C, Monje Gil F, Serrano Gil H, Maestre O, Villanueva Allcohol L, Ruiz Laza L, et al. Sialometaplasia necrotizante. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2008; 30(4):286-290.
3. Gutiérrez-Domingo A, Toledano-Valero P, Olmos-Juárez E. Sialometaplasia necrotizante: una entidad simuladora. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2020; 42(4):182-184. <https://dx.doi.org/10.20986/recom.2020.1118/2020>
4. Chateaubriand SL, de Amorim Carvalho EJ, Leite AA, da Silva Leonel ACL, Prado JD, da Cruz Perez DE. Necrotizing sialometaplasia: A diagnostic challenge. *Oral Oncol.* 2021; 118:105349. [10.1016/j.oraloncology.2021.105349](https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2021.105349)
5. Shin SA, Na HY, Choe JY et al. Necrotizing sialometaplasia: a malignant masquerade but questionable precancerous lesion, report of four cases. *BMC Oral Health.* 2020; 20,206. [10.1186/s12903-020-01189-1](https://doi.org/10.1186/s12903-020-01189-1)
6. Getz KR, Rozek LS, Peterson LA, Bellile EL, Taylor JMG, Wolf GT, Mondul AM. Family history of cancer and head and neck cancer survival. *Laryngoscope.* 2017; 127(8):1816-1820. [10.1002/lary.26524](https://doi.org/10.1002/lary.26524)

- 7.Ledesma-Montes C, Garcés-Ortíz M, Salcido-García JF, Hernández-Flores F. Review of the literature on necrotizing sialometaplasia and case presentation. Quintessence Int. 2015; 46(1):67-72.
10.3290/j.qi.a32633
- 8.Leite MGM, Freitas ES, de Vasconcelos Ii AJA, Pinheiro TN. Low-Level Laser Therapy Approach of Bilateral Necrotizing Sialometaplasia of the Hard and Soft Palates. J Lasers Med Sci. 2020;11(3):348-354.
10.34172/jlms.2020.56.
- 9.Bijai Kumar L, Muthukrishnan A, Gopalakrishnan S. Necrotising sialometaplasia at multiple sites: a therapeutic challenge to oral physicians. BMJ Case Rep. 2016;31;2016:bcr2016216621.
10.1136/bcr-2016-216621.

Declaración de Conflictos de interés:

Los autoras no presentan conflicto de interés en la publicación del artículo.

Nota contribución de autoría:

- 1.Concepción y diseño del estudio
 - 2.Adquisición de datos
 - 3.Análisis de datos
 - 4.Discusión de los resultados
 - 5.Redacción del manuscrito
 - 6.Aprobación de la versión final del manuscrito.
- Jdelam: 1, 2, 3, 4, 5, 6.
FD: 3, 4, 5, 6.