

## O T O R R I N O L A R I N G O L O G I A

TUMORES DE  
GLANDULAS SALIVALES

Luis Gerardo Medaglia Monge

## S U M M A R Y

A review of 28 cases of tumoral pathology of the salivary glands is presented that were attended between January 1995 and July 2002 in Max Peralta and William Allen hospitals. The mean age was 46 years old, 17 cases were male (60 %) and 11 were female (40 %). Smoking habit was found in 10 cases (35 %), and in patients with Warthin's tumor was found in 4 patients (80 %). Bening neoplasms accounted 26 cases (93 %) and malignant neoplasms accounted 2 cases (7 %). The parotid gland was the most frequently affected gland (68 %) and the majority of the neoplasms were benign. The most common neoplasm was pleo-

morphic adenoma (57%). In minor salivary gland neoplasms a 25 % of malignant neoplasms was found. The majority of minor salivary glands tumors occurred in the palate (75%). Ultrasonography was used in 9 patients, sialography in 4 patients and fine needle aspiration biopsy in one patient. Superficial parotidectomy was the surgical treatment in 17 patients and total parotidectomy in 2 patients, submandibular sialoadenectomy in 5 patients and minor salivary glands sialoadenectomy in 4 patients. Postoperative complications were presented in 5 patients, 2 patients with salivary fistulas and 3 with transitory facial nerve neuropraxia.

Two patients presented relapse of the tumor (7 %).

**Descriptores:** Glándula salival, parótida, tumor.

## I N T R O D U C C I O N

Las glándulas salivales están constituidas por tres pares de glándulas mayores (parótidas, submandibulares y sublinguales) y un grupo de 450 a 700 glándulas menores localizadas en la mucosa bucal. Su función fundamental es la producción y secreción de saliva (3,5). Las secreciones de las glándulas salivales, el estómago, el páncreas y el hígado facilitan la digestión y absorción de los nutrientes por el aparato gastrointestinal, al mismo

\* Médico General

tiempo que protegen la mucosa de las lesiones por agentes nocivos. (7) Las glándulas salivales son asediadas por una mayor variedad de neoplasias que cualquier otro órgano en el cuerpo (9). En su clasificación más reciente la Organización Mundial de la Salud reconoce 12 tumores benignos y 22 neoplasias epiteliales primarias malignas, junto Con desórdenes linfoproliferativos y tumores metastáticos que también atacan estos tejidos. Esta diversidad es incomparable en otros sistemas dando en la patología quirúrgica de las glándulas salivales una de las áreas más intimidantes de la patología diagnóstica (8), sin embargo, a pesar de tanta diversidad, solo un pequeño número de neoplasias epiteliales hacen más del 90% de los tumores de glándulas salivales. Globalmente estas neoplasias son relativamente infrecuentes, representando menos del 2% de tumores en humanos. (1) El índice de malignidad varía según el sitio del tumor, 85% de los tumores de parótida son benignos, aproximadamente 50% de los tumores de glándula submandibular son benignos (9). Del 14% al 30% de los tumores de glándula sublingual son benignos y de un 20% a un 51% de los tumores de glándulas salivales menores son benignos. Generalmente se considera que entre más pequeña la glándula, mayor la probabilidad de que un tumor sea maligno (9).

**Cuadro 1.**  
**Distribución por grupo etáreo de los tumores de glándulas salivales**

Grupo Etáreo	Masculino	Femenino	Total	Porcentaje
<20	3	0	3	11%
20-40	4	3	7	25%
>40	10	8	18	64%
Total	17	11	28	100%

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo es un estudio de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo y longitudinal en el que se utilizaron 28 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico histopatológico de neoplasia de glándula salival, atendidos en los hospitales Max Peralta de Cartago y William Allen de Turrialba en el periodo comprendido de enero de 1995 a julio del 2002. La información se obtuvo de la revisión de expedientes clínicos de estos pacientes, brindados por el departamento de archivo del Hospital Max Peralta y del Hospital William Allen. Se utilizó un método de recolección de datos elaborado para este estudio en el que se registró información general del paciente, desde la aparición de su enfermedad, su desarrollo y tratamiento. Los criterios de inclusión son todos aquellos pacientes que acuden a la consulta de otorrinolaringología referidos de medicina

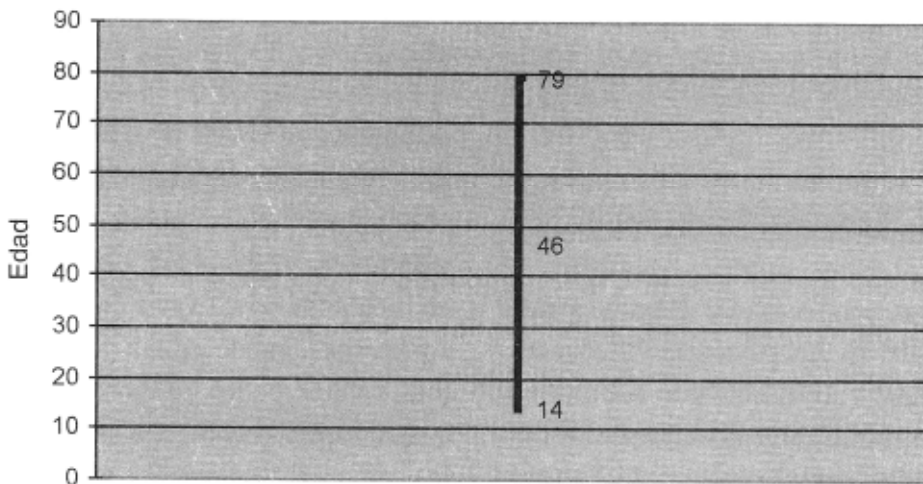
general o de otras especialidades médicas. Como criterios de exclusión se encuentran pacientes con expediente clínico incompleto, que no presenten reporte de biopsia y pacientes del área de atracción vistos en otros hospitales. Para la tabulación de la información se empleó el paquete estadístico SYSTAT 6.0.1 y el programa Microsoft Excel. El programa Microsoft Word fue utilizado en la presentación de los resultados.

## RESULTADOS

En nuestro estudio se totalizaron 28 casos en un periodo de 7 años, un total de 17 casos en el Hospital Max Peralta (60%) y 11 casos en el Hospital William Allen (40%). Del total de casos del presente estudio, 17 casos (60%) fueron del sexo masculino y 11 del sexo femenino (40%). La distribución según grupo etáreo se muestra en el cuadro 1.

**Gráfico 1.**

**Rango de edad de aparición de los tumores de glándulas salivales**



Con relación a la edad de aparición, se encontró que se extiende desde los 14 años (mínima), hasta los 79 años (máxima), con un promedio de aparición a los 46 años. Los antecedentes de fumado se presentaron en 10 casos (35%), 6 casos del sexo masculino (60%) Y 4 casos del sexo femenino (40%) con un valor de probabilidad de 0.954 indicando una relación no estadísticamente significativa. Analizando esta comparación con el subtipo histológico de tumor de

Warthin y antecedentes de fumado en el cual la literatura médica asocia relación se encontró que 4 (80%) pacientes portadores de este tipo histológico tenían antecedentes de fumado y solo 1 (20%) no los tenían con un valor de probabilidad de 0.180. La patología benigna representó 26 casos (93%) Y la patología maligna representó 2 casos (7%). De acuerdo a su distribución por glándula se encontró que la localización anatómica más frecuente fue en la glándula paró-

tida con 19 casos (68%), 5 casos (17%) en la glándula submandibular y 4 casos (15%) en las glándulas salivales menores, su distribución se muestra en el cuadro 2.

Los tipos histológicos encontrados en las neoplasias benignas son adenoma pleomórfico en 16 casos (61%), 5 pacientes portadores de tumores de Warthin (19%), 2 pacientes con ganglios linfáticos con hiperplasia folicular reactiva (8%), y 1 caso cada uno de un adenoma monomórfico, adenoma de células basales y lipoma (4% cada uno). En la glándula parótida en cuanto a tumores benignos se refiere se presentaron 10 adenomas pleomórficos, 5 tumores de Warthin, 1 adenoma de células basales, 1 adenoma monomórfico y 1 lipoma. En la glándula submandibular se presentaron 3 casos (60%) de adenomas pleomórficos y 2 casos (40%) de ganglios con hiperplasia folicular reactiva. De las neoplasias benignas de glándulas saliva-

**Cuadro 2.**

**Distribución por glándula salival afectada y tipo de neoplasia**

	Parótida(N)	%	Submandibular	%	Gl. menores	%
Benignos	18	95%	5	100%	3	75%
Malignos	1	5%	0	0%	1	25%
Total	19	68%	5	17%	4	15%

les menores 3 correspondían a adenomas pleomórficos. Con respecto a los tipos histológicos de los tumores malignos, los dos registrados correspondían a carcinomas mucoepidermoides, uno ubicado en la glándula parótida y el otro ubicado en una glándula salival menor ubicada en paladar blando. En cuanto a la localización en neoplasias de glándulas salivales menores de los 4 casos registrados, 3 se localizaron en paladar blando (75%)<sup>1</sup> en el labio superior (25%). Fueron practicados estudios complementarios a 10 pacientes (35%) Y no se les aplicó ningún estudio a 18 (65%). En aquellos que si se les realizó estudios complementarios se les realizó biopsia por aguja fina a 1 paciente, Ultrasonido a 9 pacientes y sialografía a 4 pacientes. Entre las técnicas quirúrgicas utilizadas en las cirugías de parótida se realizó parotidectomía superficial en 17 casos y parotidectomía total en dos casos, 5 casos de exéresis de glándula submandibular y 4 resecciones de tumoraciones en glándulas salivales menores. Los resultados fueron satisfactorios, se presentaron complicaciones postoperatorias en solo 5 casos (18%), 2 de estos correspondientes a fístulas cutáneas, una de un tumor de Warthin en parótida y la otra de un ganglio hiperplásico en la glándula submandibular y 3 corresponden a parálisis nerviosas transitorias todos debidos a parotidectomías superficiales por adeno-

mas pleomórficos. Se presentaron recidivas en 2 pacientes uno portador de un adenoma pleomórfico y el otro portador de un tumor de Warthin, ambos casos en la glándula parótida.

## DISCUSIÓN

Las neoplasias de glándulas salivales es una patología infrecuente, representando menos del 2% de los tumores en humanos. (1). Debido a su baja incidencia se necesitó de la revisión de expedientes clínicos en dos centros hospitalarios distintos por un largo periodo, se encontró un promedio de edad en el estudio de 46 años lo cual concuerda con la literatura la cual menciona que la aparición de estos tumores es más frecuente entre la cuarta y sexta décadas de la vida (9), además la literatura habla que estos tumores usualmente ocurren en adultos con una pequeña predominancia en mujeres, (1) en nuestro estudio se presentaron un mayor porcentaje de casos en el sexo masculino (60%) comparado con el femenino (40%). En cuanto al mayor porcentaje de fumadores en tumores de Warthin, múltiples estudios recientes reportan que de un 89% a un 98% de los pacientes portadores de un tumor de Warthin son fumadores activos o han fumado en el transcurso de su vida. Esto contrasta por ejemplo con los adenomas pleomórficos en donde solo un 45% de los pacientes re-

portan una historia de fumado (4). Con respecto a la localización de las neoplasias, en nuestro estudio se encontró un 68% de los tumores ubicados en la glándula parótida, la literatura habla de que aproximadamente un 80% de los tumores se presentan en parótida, de un 10% a un 15% en la glándula submandibular y de un 5% a un 10% en las glándulas salivales menores. Aproximadamente, según la literatura, un 80% de los tumores de parótida son benignos, un 50% de los tumores de glándula submandibular son benignos y la mayoría de los tumores de glándulas salivales menores son malignos (8). El tipo histológico de adenoma pleomórfico fué el mas frecuente (57%) en el estudio, la literatura reporta a este tumor como más frecuente de glándulas salivales representando el 65% de los tumores de parótida, un 50% de los tumores de submandibular y un 30% de los tumores de glándulas salivales menores (2,8,9). En cuanto a neoplasias malignas, la literatura reporta que el carcinoma mucoepidermoide es el tumor maligno de glándulas salivales más frecuente (6), en nuestro estudio los dos tumores malignos correspondían a este tipo histológico. La mayoría de los tumores de glándulas salivales menores se ubicaron en paladar (75%), se reporta en la literatura que aproximadamente un 50% de los tumores de glándulas salivales menores aparecen en el paladar. (6) Con respecto a las cirugías de

parótida la literatura concuerda en que la mayoría de los tumores aparecen en el lóbulo superficial en donde se lleva a cabo una parotidectomía superficial, de los casos de parotidectomías totales, solo un paciente presentaba una neoplasia en el lóbulo profundo y al otro se le aplicó esta cirugía debido a que presentaba un tumor maligno.

## CONCLUSIONES

Las neoplasias de glándulas salivales usualmente se presentan en adultos, el sitio más frecuente de afectación por neoplasias de glándulas salivales es la glándula parótida y la mayoría de ellas son benignas, el tipo histológico más frecuente de los tumores es el adenoma pleomórfico o tumor mixto. Debido al tamaño de la muestra, no se puede establecer una incidencia estadística en relación a la patología maligna. En caso de una masa parotídea, el diagnóstico más frecuente es el de neoplasia benigna, no obstante, siempre habrá que investigar patología maligna en el diagnóstico diferencial. El porcentaje de malignidad es superior cuando se trata de glándulas salivales menores que el comparado con el de glándula parótida y glándula submandibular. En cuan-

to a neoplasias de glándulas salivales menores se refiere su ubicación más frecuente es en paladar.

## RESUMEN

Se presenta la revisión de 28 casos clínicos con patología tumoral de las glándulas salivales atendidos en los hospitales Max Peralta de Cartago y William Allen de Turrialba entre enero de 1995 y julio del 2002. La edad media fue de 46 años; 17 casos masculinos (60%) y 11 casos femeninos (40%). La mayoría de los casos se presentaron en el grupo etáreo de personas de más de 40 años (64%). Se presentaron antecedentes de fumado en 10 casos (35%), en el caso de tumores de Warthin se presentaron 4 casos con antecedentes de fumado (80%). La patología benigna representó 26 casos (93%) contra 2 casos de patología maligna (7%). La glándula parótida es el sitio más frecuente (68%) en el que se presentaron los tumores de glándulas salivales; de ellos, el 95% fueron tumores benignos. El tumor observado más veces fue el adenoma pleomórfico (57%). En las glándulas salivales menores el porcentaje de tumores malignos fue del 25%. En todos los casos el motivo de la consulta fue el tumor. La mayoría de los casos de tumo-

res de glándulas salivales menores se ubicaron en paladar (75%). Se les practicó ultrasonido a 9 pacientes, sialografía a 4 pacientes y biopsia por aguja fina a un paciente. El tratamiento fue parotidectomía superficial en 17 pacientes y parotidectomía total en 2 pacientes, sialodectomía submandibular en 5 casos y resección de tumores de glándulas salivales menores en 4 casos. Se presentaron complicaciones postoperatorias en 5 casos, 2 fístulas cutáneas y 3 parálisis faciales transitorias. Se presentaron recidivas en dos casos (7%).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Califano J. Benign salivary gland neoplasms. *Otolaryngol Clin North Am* 1999 Oct; 1;32(5):861-73
2. Denny, P, et al. Salivary glands: a paradigm for diversity of gland development. *Oral. Biol. Med.* 1997; 51-75.
3. Farreras, C. *Medicina Interna*. 51-55. Decimotercera Edición. España, 1995.
4. Frías M, et al. El tabaquismo y sus efectos en la cavidad oral. *Rev Inst Nal Cancerol Méx* 1997; 43 (2): 80-85
5. Netter F. *Atlas of Human Anatomy*. 55. Primer Edición. EEUU, 1989.
6. Rice D. Salivary gland disorders Neoplastic and nonneoplastic. *Med Clin North Am* 1999 Jan 1;83(1): 197-218
7. Roades, R. *Fisiología Médica*. 6 I 4-617. Primer Edición. España, 1997.
8. Van der Wal, J, et al. Histological reclassification of 101 intraoral salivary gland tumours (new WHO classification) *J. Clin. Pathol.* 1992 45: 834-835.
9. Westra W. The surgical pathology of salivary gland neoplasms. *Otolaryngol Clin North Am* 1999 Oct 1 ;32(5): 919-43