

II. TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES ACCESORIAS

A propósito de 10 casos

Dr. Hugo B. Ferreira, Profesor adjunto de la Cátedra de Clínica Quirúrgica II.

Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo.
Hospital Central, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

Se presentan 10 casos de tumores de glándulas salivales accesorias sobre un total de 173 tumores de glándulas salivales, que representan el 5,8 %. El 60 % eran malignos (6 casos). Cinco casos, o sea el 50 %, se localizaron en el paladar. Se describe el cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento y evolución de estos pacientes.

SUMMARY

This paper presents 10 patients with tumors of the minor salivary glands over a total of 173 salivary gland tumors. The incidence was 5.8 %. Sixty per cent were of malignant type (6 cases). Five cases (50 %) were in the palate region. The clinical picture, diagnosis and treatment as well as the evolution of these patients are described.

INTRODUCCION

Las glándulas salivales comprenden: a) las principales o mayores, que son las parótidas, submaxilares y sublinguales, y b) las accesorias o menores, que son numerosas glándulas salivales pequeñas irregularmente distribuidas, aisladas o en racimos, debajo de la mucosa del paladar, labios, mejillas, etc., y en el cuello. Estas glándulas secundarias o accesorias o menores pueden ser asiento también de tumores.

MATERIAL Y METODO

En el Servicio-Cátedra de Cirugía II del Hospital Central de Mendoza y en la actividad privada hemos registrado 173 casos de tumores de glándulas salivales, de los cuales 10 casos eran tumores nacidos en glándulas salivales accesorias o aberrantes. Estos 10 casos representan el 5,8 % del total de tumores salivales (cuadros 1 y 2). Otros autores dan hasta el 18 %.^(1, 2)

La localización más frecuente es en el paladar. Ocurrió en 5 de los 10 casos, o sea en el 50 %; que es también la localización más frecuente en otras estadísticas de tumores salivales aberrantes.^(1, 2)

En los 5 casos restantes el tumor estaba en 2 casos en la mejilla, un caso era de la encía y otro en el cuello, y otro en la región occipital.

En estadísticas más grandes se da como segunda localización de los tumores salivales aberrantes la mucosa del labio superior.^(1, 2)

Con respecto al tipo histológico, 6 de nuestros 10 casos eran malignos: 4 adenocarcinomas pleomorfos, 1 adenocarcinoma indiferenciado y 1 carcinoma adenoide quístico. Es decir, el 60 % eran tumores malignos. Otros autores dan frecuencias parecidas, que oscilan entre 47 %⁽²⁾ y 50 %.⁽³⁾

Estos hechos rectifican el concepto general de que la gran mayoría de los tumores que nacen en glándulas salivales accesorias son malignos.

CUADRO 1

Tumores de glándulas salivales accesorias
Servicio - Cátedra Cirugía II, Hospital Central
de Mendoza y actividad privada
(1958 a mayo de 1981)

	Parótida	Submaxilar	Total
<i>Tumores benignos</i>			
Adenoma pleomorfo (mixto benigno)	36	5	41
Adenoma monomorfo	8	1	9
- Adenolinfoma (T. de Warthin)	7	1	8
- Adenoma oxífilo (oncocitoma)	1	0	1
Lesión linfopitelial benigna y enfermedad de Mikulicz	7	2	9
<i>Tumores malignos</i>			
Carcinoma en adenoma pleomorfo (tumor mixto maligno o adenocarcinoma pleomorfo)	20	4	24
Tumor mucoepidermoide	5	0	5
- Bajo grado de malignidad	1	0	1
- Alto grado de malignidad	4	0	4
Tumor de células acinosas (carcinoma adenoide quístico o cilindroma)	9	3	12
Carcinoma epidermoide	4	0	4
Carcinoma indiferenciado	18	2	20
Carcinomas sin clasificar	33	2	35
<i>Tumores de glándulas salivales accesorias</i>	0	0	10
<i>Tumores no epiteliales</i>	4	0	4
TOTALES	144	19	173

Los cuatro tumores benignos de nuestra casuística eran adenomas pleomorfos. Es decir, el 40 % eran benignos (cuadro 3).

CUADRO 2
Tumores de glándulas salivales accesorias

Total de tumores glándulas salivales ..	173	100	%
Tumores glándulas salivales accesorias	10	5,8	%
<i>Otras estadísticas</i>			
1969 Bergman	46 casos sobre:	460	10 %
1970 Frable y col. . .	73 casos sobre:	405	18 %

CUADRO 3
Tumores de glándulas salivales accesorias

Histopatología			
Total de tumores de glándulas salivales ..	10	100	%
<i>Tumores malignos</i>	6	60	%
- Adenocarcinoma pleomorfo	4		
2 casos de paladar			
1 caso de encía			
1 caso de mejilla			
- Carcinoma adenoide quístico de región occipital	1		
- Adenocarcinoma indiferenciado de mejilla	1		
<i>Tumores benignos (adenomas pleomorfos)</i>	4	40	%
3 de paladar			
1 de cuello			

Los aspectos clínicos, edad, sexo, etc., de los tumores de glándulas salivales accesorias son similares a los tumores de las glándulas salivales principales.

En el cuadro 5 presentamos el tratamiento realizado y la evolución de los pacientes. Uno de los 4 pacientes con adenoma pleomorfo, de localización en el cuello, presentó recidivas desde 1970, en que se lo extirpó localmente. En 1975 se efectuó D.R.C. (sin metástasis en los ganglios, pero numerosos nódulos en el tejido celular debajo de la piel y del músculo cutáneo). Recidivó nuevamente en la piel del cuello en 1977 y 1978. La última recidiva en mayo de este año (1981) fue debajo del lóbulo de la oreja, y efectuamos parotidectomía del lóbulo superficial, juntamente con la extirpación del nódulo metastásico; la histología era de adenoma pleomorfo, sin malignización histológica.

De los pacientes con tumores malignos es interesante comentar la paciente de 23 años, que en 1960 presentó, a esa edad, un adenocarcinoma pleomorfo de la mejilla. Se lo extirpó quirúrgicamente, y en 1961 se le efectuó un implante local de radium por sospecha de recidiva. Recidivó en 1962 y se realizó extirpación nuevamente y D.R.C. Recidivó de nuevo en 1971 a los 11 años del primer tratamiento, efectuándose resección local y TE.CO.60. En 1977 otra recidiva en región submentoniana le fue extirpada. Actualmente, a los 21 años de su primer tratamiento, se encuentra sin evidencia de enfermedad (cuadros 4 y 5).

CUADRO 4
Tumores de glándulas salivales accesorias (1958 a mayo de 1981)
Aspectos clínicos sobre los 10 pacientes registrados

Nº	Registro	Edad y sexo	Fecha y localización	Tipo histológico
1	147	M. M., 61, F	1979, paladar	Adenoma pleomorfo
2	151	N. Q., 15, F	1978, paladar	Adenoma pleomorfo
3	6	G. de M., 75, F	1968, paladar	Adenoma pleomorfo
4	161	P. V., 18, M	1980, paladar	Adenocarcinoma pleomorfo
5	162	J. M., 58, F	1980, paladar	Adenocarcinoma pleomorfo
6	129	J. N., 77, M	1963, mejilla	Adenocarcinoma indiferenciado
7	4	E. Q., 23, F	1960, mejilla	Adenocarcinoma pleomorfo
8	160	M. C., 37, F	1975, cuello	Adenoma pleomorfo
9	16	D. I., 55, M	1967, encía	Adenocarcinoma pleomorfo
10	115	P. Z., 34, F	1971, región occipital	Carcinoma adenoide quístico

CUADRO 5
Tumores de glándulas salivales accesorias (1958 a mayo de 1981)
Tratamiento y evolución de los pacientes

Nº	Localización y anat.-pat.	Tratamientos	Evolución
1	Paladar, adenoma pleomorfo	1979, extirpación	Mayo 1981, NEE
2	Paladar, adenoma pleomorfo	1978, extirpación	Mayo 1981, NEE
3	Paladar, adenoma pleomorfo	1969, extirpación	1970, NEE y pérdida de control
4	Paladar, adenocarcinoma pleomorfo	1980-81, extirpación	Mayo 1981, NEE
5	Paladar, adenocarcinoma pleomorfo	1980, extirpación	Mayo 1981, NEE
6	Mejilla, adenocarcinoma indiferenciado	1963, oct., irradiación Dic., disección ganglionar	1964, NEE y pérdida de control
7	Mejilla, adenocarcinoma pleomorfo	1960, extirpación 1962, D.R.C. 1977, extirpación recidiva submentoniana	1961, irradiación 1971, TE.CO.60 Mayo 1981, NEE

Nº	Localización y anat.-pat.	Tratamientos	Evolución
8	Cuello, adenoma pleomorfo recidivado (Extirp. en 1970)	1975, D.R.C. 1977 y 78, extirpación recid. 1981, extirpación recidiva	Mayo 1981, NEE
9	Encía, adenocarcinoma pleomorfo	1967, op. comando	1968, falleció por infarto de miocardio
10	Región occipital, carcinoma adenoide quístico	1971, extirpación y TE.CO.60	1974, NEE y pérdida de control

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se presentan 10 casos de tumores de glándulas salivales accesorias sobre un total de 173 tumores salivales, que representan el 5,8 %.

Seis casos, o sea el 60 %, eran malignos, y los 4 restantes eran benignos (40 %), lo que rectifica el concepto clásico de que casi todos los tumores de glándulas salivales son malignos en sus localizaciones aberrantes.

El cuadro clínico es el de una tumoración indolora, localizada, de preferencia en el paladar (50% de nuestros casos), que crece lentamente, asintomática, que no se ulcera. Por ello los pa-

cientes consultan tardíamente, por la molestia que le ocasiona su abultado tamaño. Los aspectos de edad, sexo y comportamiento ulterior a los tratamientos es similar al de los tumores de glándulas salivales principales.

El tratamiento es la extirpación quirúrgica, cualquiera sea su localización, con adecuado margen, recordando que pueden recidivar, por lo que el seguimiento de estos pacientes debe ser permanente. Cuando hay recidivas o según localización y tipo histológico se necesitarán operaciones radicales: D.R.C., operaciones comando, etc., y la complementación con terapia radiante.

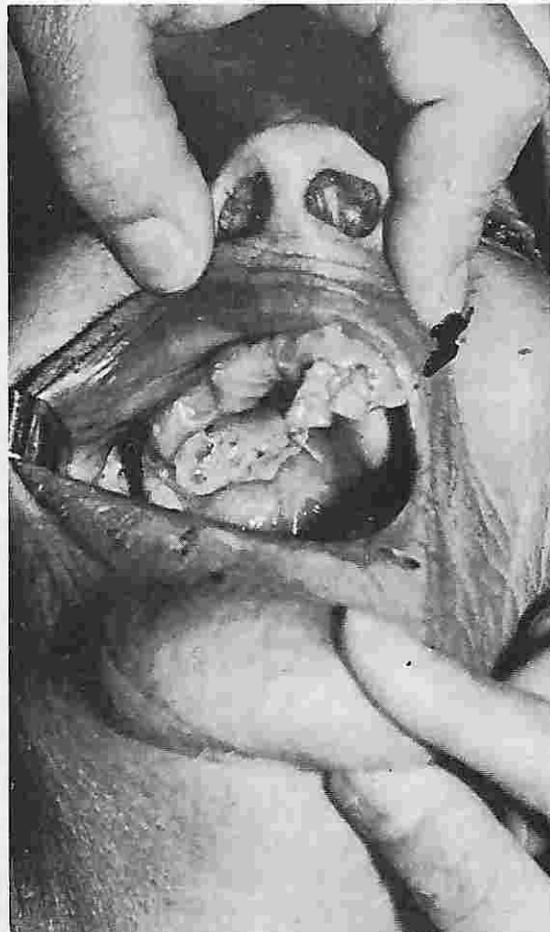
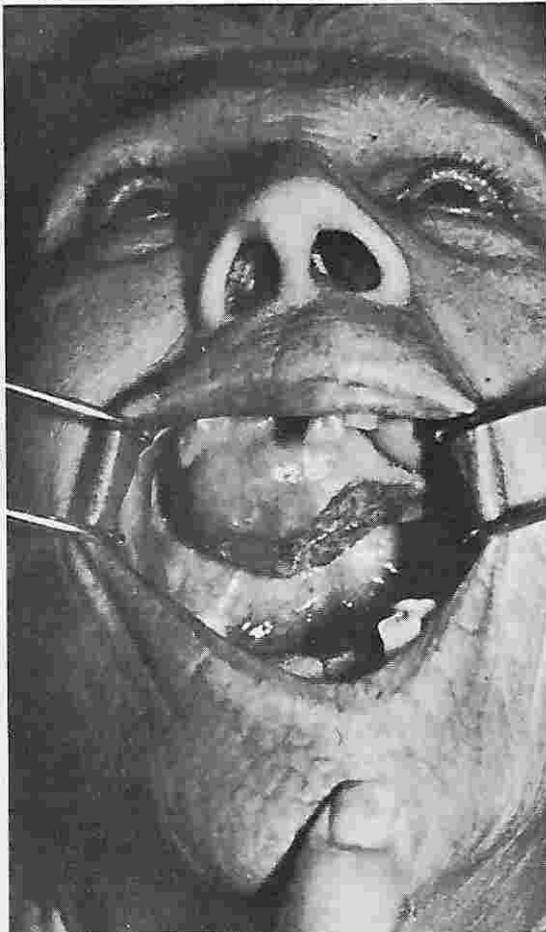


Figura 1. Paciente con adenoma pleomorfo del paladar. Esta es la localización más frecuente de los tumores de glándulas salivales accesorias. Corresponde a la observación nº 3, registro nº 6 del cuadro 4.

Figura 2. La misma paciente de la figura 1, extirpado el tumor, en el posoperatorio inmediato, con el injerto de piel a nivel del paladar.

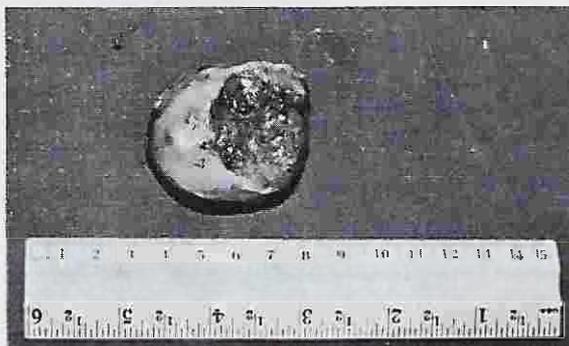


Figura 3. La pieza operatoria, que histológicamente resultó ser benigna (adenoma pleomorfo).

BIBLIOGRAFIA

1. Bergman, F.: "Tumors of the minor salivary glands. A report of 46 cases". *Cancer*, vol. 23, nº 3, pág. 538, marzo 1969.
2. Eneroth, C. M.: "Salivary gland tumors in the parotid gland, submandibular gland and the palate region". *Cancer*, vol. 27, nº 6, pág. 1415, junio 1971.
3. Frable, W. J., y Ezay, R. P.: "Tumors of minor salivary glands. A report of 73 cases". *Cancer*, vol. 25, nº 4, pág. 932, abril 1970.
4. Yoel, J.: "Incidencia de las afecciones de las glándulas salivales según el sexo, y la edad". *Rev. Argentina de Cirugía*, vol. 33, nos. 3 y 4, pág. 124, sept.-oct. 1977.