

Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima",
Cienfuegos

PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DE GLÁNDULAS SALIVALES. REPORTE DE 79 CASOS

Dr. Enrique Pérez Abreus¹ y Dra. Nurelys González Domínguez²

RESUMEN: Se realiza una revisión actualizada de la patología quirúrgica de las glándulas salivales mayores y se presentan los resultados obtenidos en 7 años de experiencia, comprendidos de enero de 1990 a diciembre de 1996 en 79 pacientes portadores de esta patología en el Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos. Se analizan los diferentes procesos inflamatorios, litiásicos y tumorales de las glándulas salivales y la terapéutica empleada. La edad media fue de 50,7 años, con un predominio del sexo femenino; la patología más frecuente fue la tumoral y dentro de ésta los adenomas, con el 52 %, seguidos de las lesiones afines con el 29,1 % y los carcinomas con el 10,2 %. La cirugía sola o combinada con otros procedimientos fueron los principales pilares de tratamiento.

Descriptores DeCS: NEOPLASMAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES/cirugía; CALCULOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES/cirugía; PATOLOGIA QUIRURGICA.

Aunque existe un gran volumen de información con respecto a la patología de las glándulas salivales, sobre todo procedente de Europa y América, ésta muchas veces está confinada a la patología tumoral, no así en lo referente a la litiásica o inflamatoria o una combinación de todas ellas.¹⁻⁹

Si se revisan series africanas, europeas o americanas, nos daremos cuenta de cuánta

diferencia existe de continente a continente en relación con el tipo de patología, y dentro de un mismo grupo la información es bien diferente. Así en nuestro país salvo algunos trabajos¹⁰ que han tenido un enfoque amplio de patologías tumorales, inflamatorias o litiásicas, el resto de los autores consultados¹⁻¹¹ ha hecho un enfoque selectivo hacia patologías tumorales exclusivamente, y otro grupo¹²⁻¹⁵ un análisis puramente terapéutico.

¹ Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Miembro Adjunto de la Sociedad Cubana de Cirugía Maxilofacial. Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

² Estomatóloga General. Profesora Instructor. Policlínico Área 4. Cienfuegos.

Debido a la irregularidad con que se combinan todos estos procesos (neoplásicos, inflamatorios o litiásicos) y teniendo en cuenta que de acuerdo con la bibliografía revisada no encontramos ningún reporte donde se combinen desde el punto de vista quirúrgico estas entidades, es que nos decidimos a realizar este trabajo, con el objetivo de exponerles el comportamiento de la patología quirúrgica de glándulas salivales en nuestro centro.

Métodos

Se extraen para su análisis y estudio, las 79 historias clínicas de los pacientes portadores de procesos inflamatorios, litiásicos y tumorales de las glándulas salivales mayores, que necesitaron tratamiento quirúrgico y fueron atendidos en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, en el período comprendido de enero de 1990 a diciembre de 1996.

Todas las historias clínicas, así como los pacientes en tratamiento fueron reevaluados en consulta externa; se recogieron datos sobre la glándula afectada, el tipo de patología, los resultados histopatológicos y las modalidades terapéuticas empleadas.

Este trabajo sólo pretende describir las patologías quirúrgicas de las glándulas salivales más frecuentes en nuestro medio, así como la terapéutica empleada en éstas. Los resultados se describen en frecuencia de aparición y el porcentaje que representan. Para confeccionar el trabajo nos guiamos estrictamente por la clasificación de la Organización Mundial de la Salud del Dr. Seifert,⁸ en la cual aparecen 7 grupos de trabajo que exponemos a continuación:

- Grupo I. Adenomas.
- Grupo II. Carcinomas.

- Grupo III. Tumores no epiteliales.
- Grupo IV. Linfomas malignos.
- Grupo V. Tumores secundarios.
- Grupo VI. Tumores no clasificados.
- Grupo VII. Lesiones afines.

Resultados

Del total de pacientes afectados por patologías de las glándulas salivales mayores, hubo un predominio del sexo femenino con 40 (50,7 %). Las edades fluctuaron entre 18 y 83, con una media de 50,7 años. Se operaron 79 glándulas, de ellas 54 parótidas (29 der-25 izq) y 25 submaxilares (11 der-14 izq).

Dentro de las enfermedades neoplásicas encontramos 49 enfermos (62,2 %), desglosados de la siguiente forma: los adenomas fueron 41 y representaron el 83,6 % de los tumores y el 52 % de todas las patologías; el adenoma pleomorfo resultó el más frecuente con el 53 % de todos los tumores (tabla 1). Entre los carcinomas hubo un total de 8 tumores, para el 16,4 % del total de tumores y el 10,1 % de todas las patologías; el carcinoma adenoideo quístico fue el más frecuente, con el 8,1 % de todos los tumores y el 5 % de todas las patologías (tabla 2).

TABLA 1. Porcentaje de patologías quirúrgicas y glándulas salivales, según patologías específicas

Patología	Total	Neoplásicas	%
Adenomas	79	41	52,0
Carcinomas	79	8	10,1
Linfomas	79	1	1,3
Tumores secundarios	79	6	7,5
Lesiones afines	79	23	29,1
Total	79	79	100

TABLA 2. Porcentaje de patologías neoplásicas según especificidad. Adenomas

Adenomas	No.	Neoplásicas	%
Adenoma pleomorfo	49	26	53,0
Tumor de Warthin	49	11	22,4
Oncocitoma	49	1	2,0
Otros adenomas	49	3	6,1
Total	49	41	83,6

Luego de analizar los grupos I y II es conveniente mencionar que el grupo III de la OMS se refiere a los tumores no epiteliales, pero no se encontró ninguno en la serie; por el contrario en el grupo IV representado por los linfomas malignos hubo un caso, que representó el 1,3 % del total.

El grupo V de la OMS hace alusión a los tumores secundarios; dentro de este grupo encontramos 6 metástasis (7,5 %), 5 de ellas de carcinomas espinocelulares de la piel de la cara y una metástasis de un retinoblastoma, todas ipsilaterales a la lesión primitiva.

En el grupo VI están los tumores no clasificados; en nuestro estudio no tuvimos ningún caso. Finalmente, el grupo VII representa a las lesiones afines a las glándulas, donde encontramos 23 enfermos (29,1 %) y fue la patología más frecuente del grupo la enfermedad por sialolito con 9 pacientes (39,1 %) (tabla 3). Al total de 79 enfermos se le aplicó tratamiento quirúrgico, en uno de ellos con una lesión linfoepitelial benigna como método diagnóstico, al resto como arma terapéutica.

En la serie de enfermos con entidades neoplásicas, a 49 casos (62,2 %) se les realizó submaxilectomía o parotidectomía

TABLA 3. Porcentaje de patologías neoplásicas según especificidad. Carcinomas según patologías

Carcinoma	No.	Neoplásicas	%
Carcinoma adenoquístico	49	4	8,1
Adenocarcinomas	49	2	4,0
Carcinoma mucoepidermoide	49	1	2,0
Carcinoma pleomórfico (tumor mixto maligno)	49	1	2,0
Total	49	8	16,4

subtotal para los tumores benignos localizados en lóbulo superficial, y parotidectomía total para los tumores localizados en lóbulo profundo. En el caso de tumores malignos siempre se practicó submaxilectomía o parotidectomía total, y en algunos casos parotidectomía radical con sacrificio del nervio facial, combinada con disección radical de cuello en los estadios más avanzados de la enfermedad; en el resto de los tumores malignos se respetó el séptimo par por ser tumores en estadio I. La radioterapia fue utilizada siempre como arma terapéutica sobre el lecho quirúrgico en 6 de los 8 casos, para el 75 %, se dejó sólo un adenocarcinoma (estadio I) tratado con cirugía y un carcinoma adenoideoquístico por la edad del paciente. Ninguno de los adenomas ha recidivado y de los 8 casos de tumores malignos hay un fallecido que tuvo una supervivencia a los 2 y 5 años del 100 % y 87,5 %, respectivamente. Finalmente, al exponer el total de patologías por grupos, los adenomas fueron los más frecuentes con el 52 % (tabla 4).

TABLA 4. Porcentaje de patologías neoplásicas según especificidad. Lesiones afines

Lesiones afines	No.	Neoplasias	%
Sialolitiasis	23	9	39,1
Sialoadenitis crónica	23	6	26,1
Quistes	23	4	17,3
Total	23	14	29,1

Discusión

Al comparar los resultados en lo referente a las edades más frecuentes, nuestra media fue de 50,7 años. Algunos autores^{4,6,7} reportan edades medias, sin embargo, al revisar series africanas éstas tienen medias muy inferiores a la nuestra.^{1,2} Predominó el sexo femenino con 50,7 %, otros autores concuerdan con nosotros,^{1,2,4,7} mientras que algunas series españolas reportan al sexo masculino como el más frecuente.^{3,6} Del total de 79 glándulas operadas, el 62,2 % perteneció a procesos neoplásicos, el 29,1 % a procesos litíasicos o inflamatorios y el 7,5 % a metástasis de lesiones malignas de cabeza y cuello, sólo encontramos un linfoma maligno (1,2 %). Se analizaron 79 glándulas, de ellas el 68,3 % fue en parótida y el resto en submaxilar (31,7 %), sin predominio absoluto del lado derecho o izquierdo.

Se revisaron otras investigaciones y observamos analogías en algunas referencias,^{1,2,6} pero tenemos reportes de series donde existe predominio del lado derecho,⁴ mientras otros^{3,9} trabajaron más con glándulas izquierdas.

Dentro de la enfermedad neoplásica que fue la más frecuente, el 83,6 % estuvo constituido por adenomas y el 16,4 % por

carcinomas. Dentro de los adenomas, el pleomorfo fue el más representativo, con el 53 %. Datos similares reportan otros autores consultados,^{1,2,4,6} mientras que dentro de los carcinomas, el adenoidedeoquístico representó el 50 % de los tumores malignos y el 8,1 % del total de las tumoraciones. Este mismo tumor ha sido el más frecuente en otras series,^{1,2} sin embargo, el carcinoma epidermoide es el de mayor incidencia en otros reportes.^{3,6}

Al analizar la patología no tumoral, las lesiones afines fueron las más encontradas con el 29,1 % y dentro de éstas la enfermedad por sialolitiasis tuvo un mayor rango con 39,1 % en el grupo y el 11,3 % del total de entidades estudiadas. *Vallejo*⁷ encontró un predominio de los procesos neoplásicos en la parótida, pero en la submaxilar observó una mayor cantidad de lesiones afines. Otros autores hallaron un predominio bastante elevado de procesos afines.

Como se ha observado, la patología quirúrgica de las glándulas salivales varía considerablemente de continente a continente, aunque los principales pilares de tratamiento no han variado hasta la fecha. En los últimos años se han ido realizando nuevos estudios que incluyen también niños,¹¹ así como se han ido introduciendo nuevas técnicas o modalidades de tratamiento,¹² hasta el empleo de la endoscopia para la exéresis de los cálculos salivales,¹³ o la litotricia extracorpórea con el mismo fin.¹⁴ Al analizar el empleo de la radioterapia, en nuestra serie encontramos 8 carcinomas, de ellos 6 necesitaron de tratamiento radiante posoperatorio, para el 75 %. *Coustal*¹⁵ en su trabajo con 31 casos de carcinoma de parótida, empleó el tratamiento radioterápico en el 92 % de los pacientes, con una supervivencia a los 2 y 5 años de 73 y 46 %, respectivamente.

SUMMARY: We made an updated review on surgical pathology of major salivary glands and to present results obtained for 7 years of experience, from January 1990 to December 1996 in 79 patients presenting with this pathology in "Dr. Gustavo Aldereguía" Teaching Clinical Surgical Hospital of Cienfuegos province. Different inflammatory, lithiasic and tumoral processes of salivary glands as well as therapeutics used were analyzed. Mean age was 50.7 years with a predominance of female sex; commonest pathology was tumoral type including adenomas (52 %), followed by related injuries (29.1 %), and carcinomas (10.2 %). Surgery alone or combined with others procedures were main cornerstones of treatment.

Subject headings: **SALIVARY GLAND NEOPLASMS/surgery; SALIVARY GLAND CALCULI; surgery; PATHOLOGY, SURGICAL.**

Referencias bibliográficas

1. Chidzonga Midion M, López Pérez VM, Portilla Álvarez AL. A clinic pathologic study of parotid gland tumors. *J Oral Maxillofac Surg* 1994;52:1253-6.
2. Onyango JF, Awange DO, Muthamia JM, Muga BIO. Salivary gland tumors in Kenya. *East Afr Med J* 1992;69(2):525-9.
3. Arias de la Vega F, Solís Albert J, Pérez A. Consideraciones anatomopatológicas clínicas y terapéuticas de los tumores malignos de parótida. Nuestra experiencia. *Oncología* 1988;11:150-7.
4. Pinilla González R, Álvarez Arcia P, Pardo Gómez G. Tumores de la glándula parótida. *Rev Cubana Cir* 1986;25:235-47.
5. Pozo LA, Sacristán AT del, García Mon MF, Cordero HP. Revisión de los tumores parotídeos. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1986;37(2):77-82.
6. García Lazano A, Delgado Gómis F, Mico Navarro J, Dalmau Jofré J, Torres Gil V. Tumores de glándulas salivales. A propósito de 43 casos. *Rev Cir Esp* 1988;43(2):268-72.
7. Vallejo Witowska R, Vispo Lorenzo C. Complicaciones de la cirugía de las glándulas salivales. *Acta Med* 1991;5(1):22-8.
8. Seifert G, Brocheriu C, Cardes A, Eveson JW. WHO international histological classification of tumors. *Pathol Res Pract* 1990;186:555-81.
9. Rainer Ellies M, Arglebe C, Schott A. Surgical management of benign tumors of the submandibular gland. A follow-up study. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;53:506-8.
10. Febles Felipe N. La exploración ultrasonográfica en el aumento de volumen de las glándulas salivales mayores. Nuestra experiencia en el examen de 92 pacientes. *Rev Cubana Oncol* 1987;3(3):339-51.
11. Rogerson KC. Salivary gland pathology in children. *Oral and Maxillofac Surg Clin North Am* 1995;7(3):591-8.
12. Pérez Abreus E. Empleo del catéter de cavafix en la sialolitiasis submaxilar. *Rev Finlay* 1992;6(3-4):138-9.
13. Nahlieli O, Neder A, Baruchin AM. Salivary gland endoscopy: a new technique for diagnosis and treatment of sialolithiasis. *J Oral Maxillofac Surg* 1994;52:1240-2.
14. Yoshizaki T. Clinical evaluation of extracorporeal shock wave lithotripsy for salivary stones. *Ann Otol Rhinol Laringol* 1996;105(1):63-7.
15. Coustal B. Primary carcinoma of the parotid gland. A retrospective study of 31 cases. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1995;96(5):310-2.

Recibido: 30 de noviembre de 1998. Aprobado: 13 de junio de 1999.

Dr. *Enrique Pérez Abreus*. Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Gustavo Aldereguía Lima". Calle 51 A y Ave. 5 de septiembre, Cienfuegos 55100, Cuba.