

Hospital Clínicoquirúrgico Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía"
Cienfuegos

TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES. NUESTRA EXPERIENCIA

Dr. Enrique Pérez Abreus,¹ Dr. Pedro Ordúñez García² y Dr. Ángel Luis Cruz Leyva³

RESUMEN: Se realiza una investigación aplicada descriptiva longitudinal con todos los pacientes portadores de tumores de glándulas salivales que necesitaron tratamiento quirúrgico en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario Clínicoquirúrgico "Dr. Gustavo Aldereguía" de Cienfuegos, durante el período de enero de 1990 a diciembre de 1999. Se observó un predominio del sexo femenino, así como del grupo etario de mayores de 60. La glándula más afectada fue la parótida, dentro de los adenomas, el pleomorfo fue el de mayor frecuencia, mientras que el carcinoma adenoideo quístico lo fue en el grupo de los carcinomas. La cirugía fue la principal arma terapéutica, seguida de la combinación quirúrgica-radiante. Además se analizan algunos esquemas de quimioterapia.

Descriptores DeCs: **NEOPLASMAS DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES/cirugía; NEOPLASMAS DE LA PARÓTIDA/cirugía.**

A las puertas del siglo XXI, el cáncer sigue siendo un reto para médicos e investigadores del mundo entero. En la cavidad oral ocupa en Cuba el sexto lugar en frecuencia,¹ mientras que en las glándulas salivales representa el 3 % de los tumores de cabeza y cuello.^{2,3}

Los tumores de las glándulas salivales hace ya algunas décadas han sido tratados con los 3 pilares básicos con que cuenta la Oncología moderna (cirugía, radioterapia,

quimioterapia); sin embargo, la frecuencia, la forma de presentación, las edades y el manejo, entre otros, varía considerablemente de continente a continente, de país a país o incluso, de región a región.

Así, los tumores malignos, frecuentes en África, por ejemplo, son raros en occidente,^{4,5} lo mismo ocurre en relación con las edades, pues hay autores que trabajan con enfermos relativamente jóvenes,^{4,5} mientras otros⁶ lo hacen con enfermos en edades más avanzadas.

¹ Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Miembro Adjunto de la Sociedad Cubana de Cirugía Maxilofacial.

² Especialista de I Grado en Medicina Interna. Posdoctorado en Epidemiología.

³ Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial.

Volviendo al tratamiento de estos tumores, hoy en el mundo, la principal arma terapéutica sigue siendo la cirugía, dejando la radioterapia para los casos paliativos o como complemento de la primera. Mucho se ha discutido y poco se ha publicado de la quimiosensibilidad o quimiorresistencia de estos tumores, lo cierto es que no existe consenso algunos en cuanto al empleo de estos fármacos para el tratamiento de estos tumores, ya sea como arma fundamental o como complemento de la cirugía.

En Cuba contamos en la actualidad con el INOR, centro verticalizado en la atención al paciente portador de cáncer, y con numerosos hospitales como el nuestro en los cuales se brinda la mayor parte de los tratamientos actuales. *Thackray* y otros, citado por *García Lazano*⁶ han enunciado tras el estudio de grandes series de tumores de glándulas salivales, que cada 100 tumores de parótida hay 10 en submaxilar, 10 en glándulas menores y sólo 1 en la sublingual. Con respecto al índice malignidad-benignidad, se ha observado el hecho de que a medida que la glándula disminuye de tamaño la malignidad aumenta, de tal manera que el porcentaje malignidad-benignidad oscila alrededor del 20 al 30 % en parótida, del 30 al 50 en la submaxilar, mientras que en la sublingual es alrededor del 50 al 70 %. El objetivo de este trabajo es analizar y estudiar los tumores de las glándulas salivales que han sido tratados en nuestro servicio y compararlos con lo descrito en la literatura internacional, con la finalidad de obtener conclusiones que nos permitan mejorar la supervivencia y la calidad de vida de nuestros pacientes.

Métodos

Se extrajeron para análisis y estudio las historias clínicas de los pacientes aqueja-

dos de tumores de glándulas salivales que requieren tratamiento quirúrgico en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario Clínicoquirúrgico "Dr. Gustavo Aldereguía" de Cienfuegos, durante el período comprendido de enero de 1990 a diciembre de 1999. La pesquisa tuvo un total de 81 enfermos, y recogió datos sobre: edad, sexo, tipo histológico, glándula afectada y terapéutica empleada. Todos los tumores se estudiaron de acuerdo con la clasificación actual de la OMS encabezada por el Dr. *Seifert*⁷ sobre tumores de glándulas salivales.

La totalidad de los tumores que necesitaron de tratamiento quirúrgico fueron codificados en M0. Los resultados se describen en cuanto a frecuencia de aparición y al porcentaje que representan.

Resultados

Del total de 81 pacientes estudiados 49 fueron mujeres, para el 60,49 %; los rangos de edades fluctuaron entre 15 y 83 años con una media de 50 años. En la serie, del total de 81 glándulas, 45 (55,55 %) fueron derechas, mientras que 68 (84 %) fueron parótidas y el resto submaxilar; no se halló ningún tumor en la glándula sublingual (tabla 1).

Los adenomas fueron los más frecuentes, con 61 casos, para el 75,29 %, le siguieron los carcinomas con 12 tumores

TABLA 1. **Glándulas**

Glándulas	Derecho	Izquierdo	No.	%
Parótidas	37	31	68	84
Submaxilar	8	5	13	16
Total	45	36	81	100

(14,78 %), a continuación y en menor medida aparecen 6 tumores secundarios, 3 metástasis de carcinomas espinocelulares de piel de la cara y una de un retinoblastoma de ojo derecho, además de 2 códigos I96.0, lo que representó el 7,47 %, y por último, los linfomas malignos con 2 enfermos para el 2,46 % del total (tabla 2).

TABLA 2. Grupos

Grupos	No.	%
Adenomas	61	75,29
Carcinomas	12	14,78
Tumores secundarios	6	7,47
Linfomas malignos	2	2,46

Al analizar los tipos histológicos, en el grupo de los adenomas aparece el pleomorfo con 43 pacientes, para el 70,49 % dentro del grupo de tumores benignos y el 53,08 % del total de tumores, así, la cifra va decreciendo hasta llegar al oncocitoma que fue el menos frecuente, con solo 1 caso, que representó el 1,64 % dentro de los tumores benignos y el 1,23 % del total. Revisando el grupo de los carcinomas, el adenoideo quístico estuvo presente con 4 casos, para el 33,33 % dentro de los tumores malignos y el 4,93 % del total de tumores, la frecuencia fue decreciendo hasta hallar 1 caso de carcinoma epidermoide, carcinoma mucoepidermoide de bajo grado y carcinoma pleomórfico, respectivamente, que representaron el 8,33 % dentro de los tumores malignos y solo el 1,23 % del total de tumores; restaron 6 tumores secundarios que representaron el 7,47 % del total y 2 linfomas malignos, para el 2,46 % del total (tabla 3).

La terapéutica empleada para los adenomas fue la lobectomía parotídea para los tumores benignos de lóbulo superficial

y la total para los de lóbulo profundo, respetando el séptimo par si no existía relación íntima con el tumor; en cuanto a tumores benignos de glándula submaxilar, se le realizó submaxilectomía conservando la rama mandibular del séptimo par.

TABLA 3. Variedad histológica

	No.	Tumores benignos %	Total de tumores %
Adenomas			
Adenoma pleomorfo	43	70,49	53,08
Tumor de Warthin	14	22,95	17,28
Adenomas monomorfos	3	4,92	3,7
Oncocitoma	1	1,64	1,23
Total	61	100,00	75,29
Carcinomas			
Carcinoma adenoideo quístico	4	33,33	4,93
Adenocarcinoma	3	25	3,7
C. células acinares	2	16,68	2,46
Carcinoma epidermoide	1	8,33	1,23
Carcinoma mucoepidermoide	1	8,33	1,23
Carcinoma pleomórfico	1	8,33	1,23
Total	12	100,00	14,78
T. secundarios	6		7,47
L. malignos	2		2,46
Total	81		100,00

En el caso de tumores malignos, que fueron 12 en total, hubo 10 en parótida (83,4 %) y 2 en submaxilar (16,6 %). De los 10 tumores malignos de parótida a 9 se les practicó parotidectomía total y en 3 (33,3 %) hubo necesidad de sacrificar el séptimo par. El otro tumor parotídeo fue un adenocar-

cinoma en estadio Ia de lóbulo superficial, al cual se le realizó solo lobectomía parotídea.

Del total de 12 carcinomas primarios de glándulas salivales operados, a 5 (41,6 %) se le dio radioterapia posoperatoria (6000 rads) y a 2 (16,6 %) se les practicó quimioterapia de la forma siguiente: a 1 carcinoma adenoideo quístico se le realizaron 8 ciclos posoperatorios de adriamicina, mientras que el otro paciente presentó un carcinoma de células acinares y se le practicó poliquimioterapia paliativa con ciclofosfamida 700 mg, epirrubicina 50 mg y 5 fluoracilo 750 mg. Estos ciclos no se terminaron por negativa de la paciente.

Del total de tumores tuvimos 61 adenomas, ninguno de los cuales ha recidivado, mientras que de los 12 carcinomas primitivos tenemos 10 pacientes vivos y controlados, 1 paciente vivo con carcinoma de células acinares con recidiva locorregional y 1 fallecido. De los 6 pacientes con tumores secundarios, tenemos 1 fallecido por recidiva locorregional y 5 pacientes vivos y controlados, mientras que los 2 pacientes portadores de linfomas malignos están vivos y controlados. En sentido general, del total de 81 pacientes intervenidos, tenemos 61 con tumores benignos, todos vivos y controlados, mientras que de los 20 pacientes con tumores malignos, tenemos solo 2 fallecidos.

Por último, revisando el estadio tumoral en la serie tuvimos la siguiente frecuencia: estadio I:8; estadio II:3 y estadio III:1.

Discusión

En relación con el sexo, existen trabajos^{2,4,8} que poseen cifras similares a las nuestras, otros difieren.^{6,9,13} En cuanto a las edades sucede lo mismo, hay un grupo de autores que coinciden con nuestras ci-

fras,^{8,12,14} otros trabajan con pacientes en edades más avanzadas,^{6,9,11} e incluso, existen series africanas donde los volúmenes de pacientes jóvenes son elevados.^{2,4,5,15} Caprichosamente, los tumores de glándulas salivales no tienen sitio predilecto para su aparición, nosotros encontramos el 84 % en la glándula parótida, cifras similares a las de algunas series revisadas.^{6,8,12,13,15,16}

Al comparar los grupos de trabajo de la OMS,⁷ encontramos el 75,29 % de adenomas, el 14,78 % de carcinomas y el resto de tumores secundarios; cifras similares hallamos en la literatura revisada,^{2,4,6,13} sin embargo, otras referencias difieren.^{9,10} Si revisamos las variedades histológicas, observamos que en nuestra serie el adenoma pleomorfo resultó ser el de mayor incidencia, tanto dentro de los adenomas como del total de tumores, estas cifras están acordes con la literatura internacional revisada,^{2,4,5,8,13,16} mientras que dentro de los tumores malignos primarios de glándulas salivales, el carcinoma adenoideo quístico resultó el más frecuente. Existen series similares a las nuestras^{4,9} y otras totalmente diferentes.^{2,8,13} En cuanto a la terapéutica empleada parece ser la cirugía la principal arma,^{2,4-6,8,13,15,17} aunque la radioterapia como coadyuvante sobre el lecho quirúrgico, también nos fue muy útil.^{2,9,10,13} Nos llamó la atención el hecho de que todavía existen autores que utilizan la enucleación de algunos tumores de parótida^{2,16} como tratamiento quirúrgico; nosotros hemos contraindicado este tipo de proceder por considerarlo riesgoso y por exponer al paciente a recurrencias innecesarias. En nuestro centro consideramos insuficiente el volumen de pacientes tratados con la poliquimioterapia, por lo que nos hemos mantenido muy cautelosos a la hora de emitir un criterio, no obstante, existen algunas series¹³ donde se han trabajado los adenocarcinomas, el carcinoma de células acinares y el

carcinoma mucoepidermoide con esquemas de estos fármacos. En nuestro centro el mayor empleo lo hemos tenido con los linfomas malignos, donde se han empleado esquemas de COPP, y un caso de carcinoma adenoideo quístico tratado con adriamicina posquirúrgica, todos vivos y controlados.

Partiendo de estos tratamientos podemos afirmar que hasta la fecha, del total de 81 pacientes, hemos tenido solo 2 fallecidos, el resto lleva un intervalo libre de enfermedad que ya supera los 10 años. Para estudiar estos tumores utilizamos la *Classification of Malignant Tumours* de la UICC de 1987.¹⁸

SUMMARY: An applied descriptive and longitudinal investigation was made with all the patients carriers of salivary gland tumors that needed surgical treatment at the Maxillofacial Surgery Service of "Dr. Gustavo Aldereguía" Clinical and Surgical Teaching Hospital, in Cienfuegos, from January, 1990, to December, 1999. It was observed a predominance of females as well as of the age group over 60. The parotid gland was the most affected, whereas the pleomorphic salivary adenoma was the commonest. The adenoid cystic carcinoma was the most frequent in the group of carcinomas. Surgery was the main treatment used, followed by the surgical-radiant combination. Some drug therapy schemes were also analyzed.

Subject headings: **SALIVARY GLAND NEOPLASMS/surgery; PAROTID NEOPLASMS/surgery.**

Referencias bibliográficas

1. Pérez Abreu E, Sabates Llerandi T. Cáncer de lengua y suelo de boca. Rev Cubana Oncol 1996;12(2):91-4.
2. Chizonga M, López Pérez VM, Portilla Álvarez AL. A clinico-pathologic study of parotid gland tumors. J Oral Max Fac Surg 1994;52:1253-6.
3. Vallejo Witowska R, Vispo Lorenzo C, Santos Anzorandia C. Complicaciones de la cirugía de las glándulas salivales. Acta Méd 1991;5(1):22-8.
4. Onyango JF, Awange DO, Muthamia JM, Muga BIO. Salivary gland tumours in Kenya. East Afr Med J 1992;69(9):525-30.
5. Adekeye EO, Ord RA. Surgical parotid disease in Nigeria: a review of 100 cases. J Max Fac Surg 1984;12:118-22.
6. García Lazano A, Delgado Gómiz F, Navarro Mico J, Dalmau Jofre J. Tumores de glándulas salivales: a propósito de 43 casos. Rev Cir Esp 1988;43(2):268-74.
7. Seifert G, Brocheriu C, Cardes A, Eveson JW. WHO international histological classification of tumours. Tentative histological classification of salivary gland tumours. Path Res Pract 1990;186:555-81.
8. Pinilla González R, Álvarez Arcia, Pardo Gómez G. Tumores de la glándula parótida. Rev Cubana Cir 1986;25:235-47.
9. Camilleri IG, Malata CM, McLean NR, Kelly CG. Malignant tumours of the submandibular salivary gland: a 15 year review. Br J Plast Surg 1998;51(3):181-5.
10. Malata CM, Camilleri IG, McLean NR, Piggott TA, Soames JV. Metastatic tumours of the parotid gland. Br J Oral Max Fac Surg 1998;36(3):190-5.
11. Stanley MW, Bardales RH, Farmer CE. Primary and metastatic high grade carcinomas of the salivary glands: a citologic-histologic correlation study of twenty cases. Diagn Citopathol 1995;13(1):37-43.
12. Kalmovich B, Kuten A, Robinson E. Malignant salivary gland tumours. Harefuah 1995;129(9):308-12.
13. Gálvez Espín F, Infante Cossio P, Perla García A, Lozano Restroy A, Marín Bedoya R, Mayorga Jiménez F. Tumores malignos de la glándula parótida. Nuestra experiencia. Rev Esp Cir Oral Max Fac 1997;19(2):92-9.

14. Laskawi R, Ellis M, Arglebe C, Schott A. Surgical management of benign tumours of the submandibular gland. A follow up study. *J Oral Max Fac Surg* 1995;53:506-8.
15. Arotiba GT. Salivary gland neoplasms in Lagos, Nigeria. *West Afr J Med* 1996;15(1):11-7.
16. Hee R van, Misset M, Ysebaert D. Surgical treatment of benign tumours of the salivary glands. *Acta Chir Belg* 1996; 96(4):161-4.
17. Kamal SA, Othman EO. Diagnosis and treatment of parotid tumours. *J Laringol Otol* 1997;111(4):316-21.

Recibido: 27 de abril del 2000. Aprobado: 7 de julio del 2000.

Dr. *Enrique Pérez Abreus*. Calle 39 No. 2010, Cienfuegos 55100, Cuba