

TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES MENORES,* REVISION DE DIEZ AÑOS

MINOR SALIVARY GLANDS TUMORS, TEN YEAR REVIEW

**Hernán Castillo, **José Plandiura y **Rocco Calabrese G.

RESUMEN

Se presentan 20 pacientes con diagnóstico de tumor de glándula salival menor tratados entre 1986 y 1996.

Se evalúan sus antecedentes clínicos pre y post tratamiento.

Once pacientes tenían mas de 50 años, y en 16 de ellos se sospechó el origen salival desde un principio.

El principal motivo de consulta fue aumento de volumen indoloro y de crecimiento lento, en general mayor de 2 cm. Los tumores benignos alcanzaban generalmente mayor tamaño al momento de la primera consulta.

La principal localización fue en el paladar con 12 casos y la histología benigna se registro en 14 casos, siendo la forma mas frecuente el tumor mixto.

Hubo 6 tumores malignos, 3 adenocarcinomas, 2 cilindromas y 1 mucopidermoide.

El tratamiento en todos los casos fue quirúrgico, agregándose radioterapia en tres casos de tumores malignos.

El rango de seguimiento varió entre 1 y 9 años.

No se detectaron metástasis. No hubo complicaciones pero en un caso, una paciente tuvo límite quirúrgico positivo por lo que requirió cirugía mas amplia. Hubo tan solo un paciente con recidiva, quien falleció de otra causa, estando todos los demás vivos a la fecha.

Palabras clave: Glándula salival menor neoplasias.

SUMMARY

Twenty patients with the diagnosis of minor salivary gland tumors, treated between 1986 and 1996, are presented.

Pre and post treatment case histories are evaluated.

Eleven patients, all aged over 50 years, and in 16 cases, the salivary origin is suspected from the start.

The main reason for consultation is the painless and slow volume enlargement, generally over 2 cms. Benign tumors generally have reached a larger size at the time of the first consultation.

The palate is the principal localization in 12 cases, a benign histology is recorded in 14 cases, and a mixed tumor is the most frequent form.

The following tumors are recorded: six malignant, 3 adenocarcinomas, 2 cylindromas, and 1 mucopidermoid.

Surgical treatment is used in all cases, together with radiotherapy in three malignant tumors.

The follow up range varies between 1 and 9 years.

No metastasis are detected. No complications are present, but in one case a patient shows a positive surgical limit, thus requiring wider surgery. Only one presents recurrence, and dies from another cause. All the rest alive up to this date.

Key words: Minor salivary gland, neoplasms.

* Trabajo presentado en el CEPE del Hospital Barros Luco-Trudeau en Junio de 1996.

**Médicos del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Barros Luco-Trudeau.

INTRODUCCIÓN

Las glándulas salivales constituyen un grupo muy importante dentro de las denominadas glándulas exocrinas. A las muy conocidas glándulas parótida submandibular y sublingual debemos agregar un gran número de pequeñas y a veces microscópicas glándulas que, extensamente repartidas en la mucosa de la vía aerodigestiva contribuyen con su secreción a la formación de la saliva y por ende a un gran número de funciones en esta región de la economía.

Ellas se desarrollan durante el tercer mes de gestación como pequeños racimos con un conducto que se abre directamente al lumen oral.

En general, están distribuidas por toda la submucosa de labios y encías paladar duro y blando, úvula, piso de la boca, tercio posterior de la lengua,

área retromolar y región periamigdalina. Elementos glandulares adicionales histológicamente idénticos a las glándulas intraorales se encuentran en la nasofaringe, laringe, glándulas lagrimales, senos paranasales, cavidad nasal, tráquea, piel y mama.⁽¹⁾ Son alrededor de 750 a 1500 de estas distintas y variadas estructuras glandulares, muchas de las cuales son glándulas mucosas. La principal excepción son las glándulas serosas de Ebner las cuales se ubican en las papilas circunvaladas de la lengua⁽²⁾.

Como toda glándula exocrina están sometidas a intensa actividad y son agredidas por gérmenes y productos tóxicos que ingresan a la cavidad oral. No es de extrañar entonces que en este contexto y junto a la declinación propia de los tejidos, puedan derivar en neoplasias, cuya trascendencia dependerá de la malignidad histológica y de la conducta biológica que experimenten⁽³⁾.

Clasificación de los tumores de glándulas salivales*

ORIGEN EPITELIAL

Benignos	Adenoma Pleomorfo o Tumor Mixto	Malignos	Mucoepidermoide
	Adenoma monomorfo		Ca adenoquistico
	Tumor de Warthin		Adenocarcinoma (8)
	Oncocitoma		Ca escamoso
	Tumor de células acinosas		Tumor Mixto Maligno
			Ca anaplástico

ORIGEN MESENQUIMATICO

Benignos	Higroma
	Linfangioma
	Neurinoma
Malignos	Sarcoma

* Según Batzakis.

Clasificación celular de los tumores malignos de glándulas salivales

Maligñidades de grado bajo:

- tumores de células acínicas
- carcinoma mucoepidermoide (grados I o II)

Maligñidades de alto grado:

- carcinoma mucoepidermoide (grado III)
- adenocarcinoma; carcinoma mal diferenciado; carcinoma anaplástico
- carcinomas escamocelulares
- tumores malignos mixtos
- carcinoma adenoquistico

*Según Batzakis/Seifert&Sobins.

Los hallazgos histológicos, el sitio anatómico y la extensión del tumor son los factores que más influyen en la sobrevida del paciente (4).

Sin duda la biopsia constituye el principal estudio de cada caso, en muchos de los cuales se recurre a la inmunohistoquímica para su clasificación definitiva (5,6,7). En tanto la etapificación clínica requiere algunas veces de imágenes de Tomografía Computada o Resonancia Nuclear Magnética (8).

Tabla 1

Tumores de glándulas salivales menores: edad al diagnóstico

AÑOS	CASOS
<de 20	2
20 a 29	2
30 a 39	1
40 a 49	4
50 o más	11
TOTAL	20

En el caso de los carcinomas algunos cirujanos utilizan los mismos criterios de etapificación que en los carcinomas de cabeza y cuello (9).

OBJETIVOS

Comunicar la experiencia del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Barros Luco-Trudeau respecto a los pacientes portadores de tumores de glándulas salivales menores durante los últimos 10 años presentando los diagnósticos, resultados, la proporción maligno/benigno, su tratamiento y evolución.

PACIENTES Y MÉTODO

Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes atendidos en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Barros Luco-Trudeau desde el año 1986 hasta el año 1996, cuyo estudio dio como resultado una tumoración de glándula salival menor en cabeza o cuello descartándose todos aquellos pacientes con patología de las otras glándulas salivales. Todos tenían confirmación histológica del diagnóstico clínico. Se efectuó revisión de la historia analizándose datos de la anamnesis examen físico, estudios complementarios tratamiento utilizado evolución post operatoria y recidiva.

RESULTADOS

La muestra esta constituida por veinte pacientes entre 12 y 65 años, diez mujeres y diez hombres.

La procedencia era en su mayoría de Santiago, 17 de ellos y tan solo 3 de provincia.

La edad al momento del diagnóstico se evaluó en intervalos de diez años y se resume su distribución en la Tabla 1.

Diecisiete de ellos ingresaron con sospecha de tumor de glándula salival menor sólo en tres no se le sospechó desde el inicio.

Los principales motivos de consulta fueron el aumento de volumen indoloro en un 78%. Los de crecimiento lento o rápido, pero con dolor asociado en un 12%. Se acompañaron además de otras manifestaciones que dependían del lugar donde se encuentre el tumor, como por ejemplo, epistaxis, obstrucción nasal rinolalia, globus y/o disfagia lógica, etc.

El tiempo de evolución aproximado al momento del ingreso como paciente al servicio fue en nueve casos de menos de seis meses; en tanto los otros once, llevaban un tiempo mayor.

Con respecto a los antecedentes mórbidos dos casos tenían hipertensión arterial, un caso tenía limitación crónica al flujo aéreo, uno insuficiencia cardíaca, uno enfermedad de Addison y uno psoriasis.

Tres pacientes eran fumadores de más de diez cigarrillos diarios por más de veinte años dos de ellos tenían lesiones malignas. En tanto tres, consumían alcohol en forma exagerada, pero ninguno de ellos con lesiones malignas. Ningún paciente refería el antecedente de exposición a radiaciones ionizantes. La localización de los tumores se detalla en la Tabla 2.

Tabla 2

Tumores de glándulas salivales menores: localización

REGION	CASOS
Paladar blando	14
Labio	2
Cavidad nasal	2
Base de lengua	1
Laringe	1
TOTAL	20

Las diferentes lesiones tuvieron diversos tamaños que pueden agruparse según la Tabla 3.

Tabla 3
Tumores de glándulas salivales menores: tamaño de la lesión

TAMAÑO	CASOS
0.5 a 1 cm.	2
1.1 a 2 cm.	5
2.1 a 3 cm.	4
3.1 a 4 cm.	4
>de 4 cm.	5
TOTAL	20

Los tumores malignos tenían menor tamaño que los benignos al momento del diagnóstico.

Con respecto a los tipos histológicos encontrados podemos decir que la variedad benigna fue mayoritaria y sus diferentes tipos se aprecian en la Tabla 4.

Tabla 4
Tumores de glándulas salivales menores: tipos histológicos

VARIEDAD	CASOS
MALIGNOS (6)	
Ca Adenoquístico	2
Adenocarcinoma	3
Mucoepidermoide	1
BENIGNOS (14)	
Adenoma pleomorfo	12
Mioepitelial	2
TOTAL	20

Tabla 5
Tumores de glándulas salivales menores: tiempo de seguimiento

AÑOS	CASOS
<de 1	5
1 a 2	6
2.1 a 3	1
3.1 a 5	3
>de 5	5
TOTAL	20

El tratamiento recibido por todos los pacientes fue la cirugía; exclusiva en el caso de las lesiones benignas, y en el caso de los tumores malignos se agregó radioterapia complementaria excepto en el caso de un paciente con un Ca mucoepidermoide (de bajo grado).

No se evidenciaron complicaciones en la evolución de los pacientes postoperados. En tanto, se ha detectado recidiva tumoral en sólo un paciente portador de un adenocarcinoma tubuloquístico, quien falleció de una insuficiencia cardíaca pero con recidiva objetivada. Por otra parte el tiempo de seguimiento posterior al tratamiento es variable de acuerdo a los pacientes según consta en la Tabla 5.

Afortunadamente no se evidenció metástasis ganglionar ni a distancia en ninguno de los pacientes con neoplasias malignas.

CONCLUSIONES

Los tumores de glándulas salivales menores fueron en su mayoría de tipo benigno, 58% contrariamente a lo que normalmente se establece en la literatura de alrededor del 25%^(1,2).

Casi todos se presentaron como masas indoloras de crecimiento lento, aun cuando alcanzaron mayor tamaño en los casos de benignidad antes de dar otra sintomatología como dolor o molestias obstructivos de acuerdo a la localización de cada uno.

En el caso de los tumores benignos el tratamiento fue de cirugía exclusiva.

En el caso de los tumores malignos, todos ellos pudieron ser extraídos completamente sin dificultad, agregándose posteriormente radioterapia (excepto en el caso de un ca mucoepidermoide de bajo grado). Hubo un caso en que un borde quirúrgico fue positivo y requirió una segunda cirugía. La cirugía es el tratamiento de elección siempre, pudiéndose agregar radioterapia si la histología maligna de alto grado lo hace necesario, recordando que en general los tumores salivales malignos tienen buena respuesta a esta última^(9,10,11).

En el caso de los pacientes con tumores benignos ninguno de ellos ha presentado recidiva.

DISCUSIÓN

Se puede sostener que toda lesión de cabeza y cuello por pequeña que parezca puede potencialmente ser una neoplasia y conceptualmente destacar que toda masa o tumoración en boca, paladar faríngeo e incluso fosa nasal nos debe hacer pensar la posibilidad de originarse en una glándula salival. Con una correlación de malignidad que tradicionalmente se ha dicho, es cercana al 75%, existe una discusión en la literatura estas lesiones se deben biopsiar o hacer una biopsia excisional, en especial en el paladar. Algo similar sucede en los accesos quirúrgicos si es directo sobre la lesión o por cuello. De cualquier manera siempre debe ser extirpada quirúrgicamente ^(10,11).

Pese a no ser una muestra numerosa, en nuestra revisión existe una tendencia marcada hacia las lesiones benignas cosa que nos pone mas optimistas cada vez que enfrentamos una masa presumiblemente de origen salival menor.

Debemos enfatizar la necesidad de detección temprana de la enfermedad, combinada con una extirpación quirúrgica completa del tumor, lo que da la mejor opción de manejo locoregional y sobrelvida del paciente a largo plazo ⁽¹²⁾.

En gran medida, de esto dependerá la calidad de vida de nuestro paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Batsakis IG: Tumors of Head and Neck. Clinical and pathological considerations. Baltimore MD Williams and Wilkins, 2ª edición 1979; 77-96.
2. Ellis GL, Auclair PE: Surgical Pathology of the Salivary Glands 1st ed. Saunders, 1991, Chapter 31; 2-9.
3. Seifert G, Sobin LH: The World Health Organization's histological classification of salivary gland tumors: a commentary on the Second Edition. Cancer; 1979 70(2): 379-385.
4. Spiro RH, Koss LG, Hadju SI, Strong EW. Tumors of minor salivary origin, a clinicopathologic study of 492 cases. Cancer 1973, 31:117-29.
5. Maiorano E, Favia G, Ricco R: Sialoadenoma papilliferum: an immunohistochemical study of five cases. J Oral Pathol Med; 1996 Jul 25(6) 336-42.
6. Siar CH, Ng KH: Immunohistochemical study of the distribution of S-100 protein in Pleomorphic adenomas of Minor Salivary Glands. J Nihon Univ Sch Dent; 1992 Jun 34(2):96-105.
7. Ferreira JA: Immunohistochemical analysis of salivary gland canalicular adenoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol; 1994; Dec 78(6):761-5.
8. Kaneda T, Minami M, Ozawa K, Akimoto Y, Okada M, Yamamoto H, Suzuki H, Sasaki Y: Imaging tumors of the minor salivary glands. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; Sep 78(3):385-90.
9. Spiro RH, Thaler HT, Hicks WF, Kher UA, Huvos AH, Strong EW: The importance of clinical staging of minor salivary gland carcinoma. Am J Surg; 1991 Oct 162(4): 330-6.
10. Rivera-Bastidas H, Ocampo RA, Acevedo AM: Intraoral minor salivary glands tumors: a retrospective study of 62 cases in a Venezuelan population. J Oral Pathol Med; 1996; Jan 25(1):1-4
11. Chou C, Zhu G, Luo M, Xue G: Carcinoma of the minor salivary glands: results of surgery and combined therapy. J Oral Maxillofac Surg; 1996; Apr 54(4):448-53.
12. Anderson IN Jr, Beenken SW, Crowe R et al: Prognostic factors in minor salivary gland cancer. Head Neck; 1995; Nov-Dec 17(6):480-6.