



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. enero-junio, 2000; 4(1):12-20
ARTÍCULO ORIGINAL

Morbilidad del adenoma pleomorfo de glándulas salivales

Morbidity rate due to pleomorphic adenoma of salivary glands

Alfredo Ferro Rodríguez¹, María E. Marimón Torres², Xiomara González González³.

¹Especialista de I Grado en cirugía maxilofacial. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río.

²Especialista de I Grado en cirugía maxilofacial. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río.

³Asistente. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río.

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes operados de tumores mixtos de glándulas salivales en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital «Abel Santamaría» de Pinar del Río en el periodo comprendido entre los años 1992 a 1998, fueron operados un total de 48 pacientes, 7 correspondieron a la variedad de tumores malignos. Dentro de nuestros propósitos además de saber la variedad histológica estaba el conocer la incidencia según glándulas afectadas. Se obtuvo que 27 pacientes tenían afectada la parótida, en 6 pacientes se presentó la tumoración en las glándulas submaxilares y 15 en las glándulas accesorias, el sexo predominante fue el masculino, incidiendo mayormente en pacientes de edad avanzada.

DeCS: GLÁNDULAS SALIVALES/cirugía, TUMOR MIXTO DE GLÁNDULAS SALIVALES/incidencia.

ABSTRACT

A retrospective study was made in the patients operated upon because of mixed tumors of saliva glands in the Maxilofacial Service of "Abel Santamaria" Hospital in Pinar del Río, in the period compromised from 1992 and 1998 48 patients were operated upon 7 corresponded to malignant tumors. Our study was aimed in addition to know Histologic variety was to know the incidence to the affected glands. Twenty seven patients had affection of the parotid gland, tumor was present in the accessory glands, males were prevalent with the highest incidence in old patients.

DeCS: MIXED SALIVARY GLAND TUMOR/ Incidence, SALIVARY GLANDS/ Surgery.

INTRODUCCIÓN

Las glándulas salivales son tejidos cuyos aspectos morfológicos, tanto histológicos como citológicos son heterogéneos, ello explica la heterogenicidad de los tumores que en ella se asientan. Hay lesiones que son prácticamente exclusivas de las glándulas salivales, como es el caso del tumor mixto, término introducido por primera vez por Winssen en 1874,¹ aunque Billroth lo había descrito clínicamente el 1859.² El origen de este tumor es epitelial, combinado con un estroma de apariencia mesenquimatosa de proporciones variables.³ La histogénesis es muy discutida aunque muchos autores aceptan que el componente mesenquimatoso se deriva de las células epiteliales y mioepiteliales.^{4,5}

El término tumor mixto, no implica que su origen sea de varias capas germinativas, sino precisamente por las características que posee de combinar tejido epitelial y conectivo.⁶

Se considera un tumor biológicamente benigno aunque en ocasiones por su localización y evolución constituye una verdadera tragedia benigna. Existen además los tumores mixtos malignos que comprenden un grupo no muy homogéneo de neoplasias relativamente raras y poco definidas cuyo potencial maligno es muy

variable. En todas las literaturas revisadas aparecen el adenoma pleomorfo (tumor mixto) como tumor mas frecuente de las glándulas salivales; considerando los tumores benignos, este representa el 90 % de total.⁶⁻⁷ Este tumor puede originarse fuera del complejo bucal: glándulas salivales, espacios parafaríngeos.⁸⁻⁹

La denominación de adenoma pleomorfo fue sugerida en 1948 por Willis, en la actualidad se mantiene esta denominación sobre todo por patólogos de Europa, Canadá y Asia, siendo la denominación utilizada por la OMS mientras que los norteamericanos prefieren el término de tumor mixto.¹⁰

Aspectos clínicos:

El tumor mixto es una entidad que afecta con mayor frecuencia las glándulas parótidas seguido por las submaxilares y las glándulas salivales menores.⁶⁻¹¹ En la glándula sublingual es raro la afectación de tumores, y cuando se presenta el tumor mixto es excepcional.

Puede tener localizaciones atípicas como son el caso de mejilla, conducto de estenon, glándulas parótidas accesorias independientes del cuerpo de la glándula principal, localizaciones heterotópicas de glándulas salivales incluidas en ganglios linfáticos del cuello, otras localizaciones poco común son hueso maxilar o mandíbula.¹⁴

Este tumor puede afectar cualquier edad, siendo mas frecuente entre 30 y 50 años, es muy raro en las primeras dos décadas de vida aunque existan reportes de niños muy pequeños afectados por el mismo.¹³⁻¹⁵

Más común en mujer. Clínicamente se presenta como un nódulo indoloro de crecimiento lento, consistencia firme, que puede ser multinodular sobre todo cuando son recurrentes.

En parótida este tumor se localiza con mayor frecuencia en el polo inferior del lóbulo superficial por encima del ángulo de la mandíbula, en ocasiones por debajo y por delante del pabellón auricular. Un 10 % de las lesiones se localiza en el lóbulo profundo extendiéndose en ocasiones al espacio parafaríngeo abombando la fosa tonsilar, paladar blando o pared lateral de la faringe.⁸

En sus comienzos habitualmente son movibles y a medida que crecen de van fijando a los tejidos.

Cuando afectan las glándulas salivales menores, el paladar blando constituye la localización mas frecuente, seguido por el labio superior y el resto de la mucosa oral, presentándose como tumoraciones submucosas de crecimiento lento cuya mucosa suprayacente ocasionalmente puede sufrir erosiones y/o ulceraciones traumáticas. Como aspecto significativo en su comportamiento clínico tenemos su propensión a la recidiva tras el tratamiento quirúrgico, que esta puede variar en dependencia de su localización, tipo de tratamiento y tiempo de seguimiento.

Generalmente la recurrencia se asocia o se atribuye a cirugías inadecuadas.¹⁶ Las mayores recurrencias ocurren en la glándula parótida y en los multinodulares y con gran componente mixto.

Muchos autores señalan que los carcinomas de glándulas salivales pueden ser disminuidos con una excéresis adecuada de los adenomas pleomorfos. Otros sostienen la teoría de que existen focos dispersos de carcinoma in situ ya

presentes en lesiones benignas, las cuales dan origen al tumor mixto maligno, sin guardar éste relación con el carácter recidivante o la evolución del tumor. En general lo mas aceptado es que el tumor mixto benigno permanece sin transformarse, aunque se han visto casos de degeneración maligna tras múltiples recidivas y en tumores con una larga evolución sin tratamiento previo. En algunas bibliografías se han reportado de forma excepcional casos de tumor mixto benigno metastizante el cual se disemina por vía hemática a pulmones, manteniendo su apariencia histológica de adenoma y recibe el nombre de tumor mixto metastizante.¹⁷⁻¹⁸

La cirugía como tratamiento de elección, la cual ha sufrido un proceso de radicalización, llegando a ser la parotidectomía subtotal conservadora el procedimiento mínimo a realizar. Técnicas mayores se realizan a la demanda del tumor y su comportamiento biológico. En las localizaciones submaxilares la excéresis de la glándula es el tratamiento convencional y en los diferentes sitios de glándulas salivales menores, una excisión local con margen rara vez resulta un fracaso. En algunas instituciones se ha empleado la excéresis local con radioterapia postoperatoria en lesiones de parótida con el objetivo de disminuir el índice de complicaciones por la parotidectomía y la tasa de recidiva local. Otros reservan la radioterapia para casos seleccionados con mas de tres recurrencias, margen histológicamente positivo o transformación maligna.¹⁹

En el presente trabajo hacemos un estudio retrospectivo de los casos tratados en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría" por el Servicio de Maxilofacial que presentan diagnóstico de tumor mixto, tanto benigno como maligno, durante los años 1992 al 1998, con el fin de conocer su incidencia, frecuencia de presentación en las distintas glándulas salivales, determinar la edad y el sexo que predominó así como la prevalencia de malignización en los casos tratados.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo de todos los casos tratados con el diagnóstico de adenoma pleomórfo de glándulas salivales, tanto las variantes benignas como malignas, en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría" en los años 1992 - 1998 ambos inclusive registrados en el archivo de este mismo Hospital. Para lo cual se revisaron las Historias Clínicas y los Informes Anatomopatológicos con este diagnóstico; esto incluyó tanto a los pacientes operados por Cirugía Ambulatoria como los ingresados; se extraen de dichos documentos una serie de variables necesarias para nuestra investigación que incluyen:

1. No. De HC o No. De Boleta
2. Nombre
3. Raza
4. Edad: Agrupados en 4 grupos.
 - 1er grupo de 20 a 29 años
 - 2do grupo de 30 a 39 años.
 - 3er grupo de 40-49 años

· 4to grupo de 50 años y más.

1. Localización anatómica
2. Variante histológica
3. Sexo

Se confeccionaron tablas con cifras absolutas y relativas, expresadas por el método porcentual.

RESULTADOS

En nuestro estudio se registraron 48 pacientes diagnosticados con tumor mixto de glándulas salivales constituyendo la glándula parótida la mas afectada con un total de 27 pacientes para un 56,2 %. Seguidos por las glándulas salivales accesorias que resultaron 15 pacientes operados que constituyó un 31,2 %, solo 6 pacientes fueron operados por adenoma pleomórfo en glándulas submaxilares, no encontramos ningún caso en que el tumor haya estado asentado en las glándulas sublinguales, todo lo cual lo encontramos en la tabla 1.

Tabla 1. Adenoma pleomorfo. Frecuencia de presentación en glándulas salivales. 1992 - 1998.

Glándulas salivales	No. De casos	%
Parótida	27	56,2
Submaxilar	6	14,5
Sublingual	0	0
Glándulas Salivales Accesorias	15	31,2
Otras localizaciones	0	0

Fuente: Archivo del Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

Con relación al grupo de edades los pacientes de 50 y mas años fueron los que se intervinieron con mas frecuencia (21 pacientes para un 43,7 %) seguido por el grupo de 40 a 49 años en 15 pacientes (31,2 %) en el grupo de 30 a 39 aparecían 8 pacientes (16,6 %) y solamente tenían edades que oscilaban entre 20 y 29 años.

DISCUSIÓN

En la tabla 1 observamos la presentación del adenoma pleomórfo en las diferentes glándulas salivales, se destaca la glándula parótida con el mayor número de casos operados, 27 para el 56,2 %, lo cual coincide con todos los autores revisados.^{6, 11, 20} Le continúa el grupo de glándulas salivales accesorias que resultaron 15 pacientes operados, para un 31,2 %, con respecto a estas se plantea por la mayoría de los autores que son junto con las sublinguales las menos frecuentemente acepta das

por tumores benignos.^{21,22} Seis pacientes para el 14,5 % fueron operados por adenomas pleomorfos de glándulas submaxilares y no encontramos ninguna operación de este, en glándulas sublinguales y aunque se plantea en diferentes bibliografías que este tumor puede presentarse en otras localizaciones heterotópicas, en nuestra revisión no encontramos ninguna.

Se plantea que el rango de edades del adenoma pleomórfo es muy amplio y se reporta la mayor incidencia entre 30 y 50 años, con una edad promedio de 41 ,2 como la registrada en la serie estudiada en el Instituto de la Fuerzas Armadas de Washington con 4911 casos.²³⁻²⁴ Sin embargo, como vemos en nuestra relativamente pequeña casuística la edad de los pacientes operados sobrepasó los 50 años en un 43,7 %, teniendo en segundo lugar los pacientes entre 40 y 49 años; si coincidimos con todos los autores en que en los pacientes muy jóvenes es infrecuente su aparición.^{11, 25}

Al referirnos al sexo en nuestro trabajo predominó el sexo masculino, con mas de la mitad de los pacientes, sin embargo, las revisiones bibliográficas hechas plantean un predominio del tumor en el sexo femenino.²⁵⁻²⁷ Aunque debemos tener en cuenta que no disponemos con los datos de la estructura poblacional de esos años.

En cuanto a la variedad de adenomas pleomorfos podemos decir que pueden presentarse de forma benigna o maligna, siendo las primeras las más frecuentes,^{21,28} las malignas ocupan de un 3 a un 7 % de los tumores malignos de cabeza y cuello, lo cual es similar a lo encontrado por nosotros.

Se plantea que la variedad maligna es más frecuente en la parótida (28), seguida de las accesorias; aunque Stein plantea que las malignas predominan en las glándulas accesorias,^{7,29} no hacemos referencia a nuestro resultado por ser poco significativa nuestra muestra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahlbon HE. Mucous and salivary gland tumors. Clinical study with special reference to radiotherapy, based on 254 cases treated at the radiumhemmet. Acta Radiol 1935; 23 (suppl): 1-452.
2. Hanna DC. Salivary gland tumors. Symposium on cancer of the head and neck V - II. St Louis: Mosby; 1969.
3. Shklar G. Cavidad oral, maxilares y glándulas salivares. En: Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. Patología estructural y funcional. 3de México: Nueva Editorial Interamericana; 1988.p. 759-86.
4. Vega Memije ME, Mosqueda Taylor A. Tumor mixto epitelial. Estudio de tres casos de adenoma pleomorfo y cuatro de siringona condoride. Dermatol Rev Mex 1996 jul-ago; 40(4): 256-61.
5. Oliveira Tambasio P. Cytodifferentiati on analysis of cell lines from study based on the expression of cytoskeletal components and on the response of these two lines to a reconstituted basement membrane. Sao Paulo: s. n; 1997. Pp. 74.

6. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer. Principles y practico of oncology. 4de. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; p. 657 -58.
7. Stein JH. Internal Medicine, 4de. St Louis: Mosby; 1994. Pp. 947.
8. Deutsh Reiss E, Nadrazo Villaseñor G, Valenzuela Tamariz J. Adenoma pleomorfo de la epiglotis: presentación de un caso. An Otorrinolaringol Mex 1995 mar-may; 40(2): 99-101.
9. Lufkin RB, Hanafee WN, eds. The raven MRI teaching file. MRI of the head and neck. New York: Raven Press; 1991. p.189.
10. Seifert G, Sobin LH. The world health organizations histologi cal classification of salivary glands tumors: A commentary on the second edition. Cancer 1992; 70(2): 379-85.
11. Cummings CH. Otolaryngology head and neck surgery. 2de. St Louis: Mosby YearBook; 1993.pp. 1032.
12. Chau L. Choristomas of the oral conty: A review oral surg, oral med, oral pathol 1991; 72(5): 548-93.
13. Barrera Muzquiz JL, Penarrieta Ruiz J, Angulo Hernández O, González Lara CD. Tumores de glándulas salivales en niños. Rev Med IMSS 1982; 20(2): 145 -8.
14. Álvarez A, Álvarez L. Tumor mixt o de la glándula submaxilar en un niño. Rev Cubana Pediatr 1985 jul-ago; 57(4): 497-501.
15. Hernández Márquez V, Turanzo Fernández JM, Juárez García JJ. Adenoma pleomorfo parotídeo en el paciente pediátrico. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev ALM 1996 jul-ago; 53(4): 201-3.
16. Magalhaes T, Giesta C, Cappobianco E, Birro G, Anymoré Y, Magalhaes C. Bone metastasis from pleomorphic adenoma of parotid gland (mixed salivary tumor): case report. Rev Bras Ostop 1995 mar; 30(5): 347 -8.
18. Morey Mas M, Coubet Brayna J, Gómez Bellvert C, Inarte Ortabe JI. Carcinoma sarcoma de las glándulas salivales submaxilares y sublinguales. Rev Ciroral y Maxilofacial 1998 sep-oct; 20(5): 252-56.
19. Eslapé Rodríguez J, Grau de Castro JJ, Segurra Mestres N, Damels Mestreo N. Diagnóstico de extensión y estrategia terapéutica de diversos tumores sólidos. En Rozman C, Farrera Valentin P. Medicina Interna. 13de. V -1. Madrid: Mosby Yearbook; 1995.pp. 1162.
20. Cebrian JI, Burqueño M, Patrón M, Sicira I. Adenom a pleomorfo bilateral de glándula parótida. A propósito de un caso. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofacial 1999; 21(3): 172-76.
21. Valldosera Rosello MA, González -Lagunas J, Rospall Martin G, Huguet P. Tumores de las glándulas salivales. Estudio clínico patol ógico. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofacial 1999; 21(3): 72.

22. Henríquez M, Barazarte P, Beuses M. Adenoma pleomorfo (tumor mixto) de las glándulas salivales. Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Pérez de León 1991; 25(3):105 - 14.
23. Malone B, Borker SR. Benign pleomorphic adenomas in children. Ann Otol Rhioral Laryngol 1984; 93: 210-14.
24. Krolls SO, Trodahl JN, Boyers RC. Salivary glands lenons in children. A survey of 430 cases. Cancer 1972; 30: 459-69.
25. Shafer WG, Hinc MK, Levy BM. Tratado de patología bucal. 4de. México: Nueva Editorial Interamericana; 1986.pp. 235.
26. Vallejo Witones KNR, Vispo Lorenzo CA. Santos AN, Zorander C. Complicaciones de la cirugía de las glándulas salivales. Acta Médica 1991; 5(1): 22 -28.

Recibido: 24 de Mayo del 2000
Aprobado: 20 de Junio del 2000

Dr. Alfredo Ferro Rodríguez. Calle 26 No. 2136 Puerta de Golpe. Consolación del Sur. Pinar del Río. Cuba. Teléfono: 88100