

Tumores de glándulas salivales

Salivary Gland Tumors

Juan Manuel Resendiz Amezcua¹ <https://orcid.org/0000-0003-2839-8797>

Pedro Javier Contreras Álvarez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-5443-1469>

Nora Luisa Iznaga Marín¹ <https://orcid.org/0000-0003-3943-3316>

¹Hospital Universitario “General Calixto García”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: pedroj@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Las glándulas salivales pueden verse afectadas por numerosas enfermedades, el estudio del comportamiento de las mismas, constituye uno de los problemas más complejos de las lesiones tumorales de cabeza y cuello. Este trabajo describe la experiencia de 5 años en el manejo de estos padecimientos.

Objetivo: Caracterizar el comportamiento de las enfermedades tumorales de glándulas salivales en pacientes atendidos en la consulta de Otorrinolaringología del Hospital Universitario “General Calixto García”.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, ambispectivo de corte longitudinal. Se designó como universo a todos los pacientes que asistieron a consulta de Otorrinolaringología con aumento de volumen de glándulas salivales.

Resultados: La parótida fue la glándula más afectada, clínicamente el síntoma fundamental fue el dolor, refiriendo todos los pacientes aumento de volumen en la glándula salival. Predominó el adenoma pleomorfo seguido por el tumor de Whartin, se encontró solo un 19,6 % de complicaciones. Predominó el sexo femenino entre la quinta y sexta década de la vida, los factores de riesgo fueron el hábito tabáquico y alcohólico.

Conclusiones: Nuestra experiencia coincide en muchos aspectos con la literatura

revisada. Los tumores de glándulas salivales predominan en la glándula parótida y son los benignos los más frecuentes, afectan al género femenino en la edad adulta.

Palabras clave: tumor de glándula salival; adenoma pleomorfo, tumor de Whartin.

ABSTRACT

Introduction: Numerous diseases can affect the salivary glands, the study of their behavior constitutes one of the most complex problems of head and neck tumor lesions.

Objective: To describe the behavior of salivary gland tumor diseases in patients treated at the Otolaryngology consultation at General Calixto García University Hospital.

Method: An observational, descriptive, ambispective longitudinal study was carried out. All patients who attended the Otorhinolaryngology consultation with increased volume of the salivary glands were chosen as a universe.

Results: The parotid gland was the most affected gland. The main clinical symptom was pain, all patients referring increase in volume in the salivary gland. Pleomorphic adenoma predominated followed by Whartin's tumor; there were only 19.6% complications. The female sex predominated between the fifth and sixth decade of life. The risk factors were smoking and alcohol-consumption habits.

Conclusions: Our experience agrees in many respects with the literature reviewed. Salivary gland tumors predominate in the parotid gland and the benign ones are the most frequent. They occur more in female adults.

Keywords: salivary gland tumor, pleomorphic adenoma, whartin's tumor.

Recibido: 14/10/2021

Aprobado: 12/11/2021

Introducción

Las enfermedades de las glándulas salivales pueden ser desde lesiones inflamatorias e infecciosas hasta afecciones tumorales y funcionales.^(1,2)

Los tumores de glándulas salivales son lesiones poco comunes, representan alrededor del 3 al 6 % de todos los tumores de cabeza y cuello.⁽³⁾ La incidencia global es entre el 0,4 - 13,5 por cada 100 000 habitantes por año.^(4,5)

Algunos estudios^(6,7) muestran una incidencia más elevada en los esquimales de Groenlandia. Países como Escocia, Israel y Malasia también se suman a esta lista. El país de mayor tasa de incidencia es Canadá con 13,5 x 100 000 habitantes.⁽⁶⁾

En los Estados Unidos de Norteamérica, la tasa es de 0,9 x 100 000 habitantes.⁽⁷⁾ En México el registro histopatológico de neoplasias malignas reporta 209 tumores de parótida y 141 lesiones en el resto de las glándulas salivales lo que suman 350 casos en el año 2018.⁽⁸⁾

En Cuba, el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, informa que la tasa de incidencia para el sexo femenino es 0,5 casos por cada 100 000 habitantes, mientras para el masculino es de 0,8 casos por cada 100 mil habitantes, en ambos sexos es de 0,7 casos por cada 100 mil habitantes en el año 2019 donde la frecuencia fue de 57 casos lo que constituye aproximadamente el 3 % de los tumores malignos de cabeza y cuello.⁽⁹⁾

El 80 % de los tumores son de localización parotídea. El 10 % se ubica en la glándula submandibular, el 10 % en las glándulas salivales menores o accesorias y menos del 1 % en la glándula sublingual. En general, cuanto más pequeña es la glándula, más probable que el tumor sea maligno.

La etiología es poco clara, se han asociado a aquellos pacientes que han recibido tratamiento con radioterapia y aquellas personas expuestas a radiaciones presentando una elevada incidencia de estos tumores. Las alteraciones

genéticas, tales como pérdida alélica, monosomía y trisomía, también se han relacionado con su desarrollo.

Los factores de riesgo relacionados con los tumores de glándulas salivales son el tabaquismo que se relaciona con el tumor de Warthin, pero no con los otros tipos de neoplasias salivales. En cuanto al abuso del alcohol los datos no son concluyentes. Como factores de riesgo específico para el desarrollo de neoplasias malignas salivales se ha descrito haber padecido un cáncer previo, los factores dietéticos, exposición ocupacional e infección por el virus de Epstein-Barr.⁽¹⁰⁾

La edad de diagnóstico de los tumores presenta su pico de incidencia entre la sexta y la séptima décadas de la vida. Tiene predominio en el sexo femenino; aunque pueden existir pequeñas variantes según el tipo histológico del tumor. Por frecuencia de tipo histológico el adenoma pleomorfo constituye el 85 % de todos los tumores de glándulas salivales, el 70 % de los tumores de parótida, el 50 % de los tumores de glándula submandibular y el 50 % de los tumores de localización palatina. El tumor de Warthin representa del 5 al 15 % de los tumores de glándula salival y es el segundo tumor más frecuente de la parótida. El tumor salival maligno más frecuente es el carcinoma mucoepidermoide, que es el 10 % de todos los tumores y el 35 % de los malignos.⁽¹¹⁾

La clasificación de los tumores de las glándulas salivales ha resultado ser una tarea difícil y frustrante. Es incluso más compleja que la de algunos órganos como la mama y las glándulas sudoríparas con los que, de alguna manera, están relacionados. Por ello, algunos autores agrupan los tumores, siempre que sea posible, según la línea de diferenciación más predominante, seguida de una distinción entre los tumores benignos y malignos dentro de cada grupo.^(1,6)

La exploración física de los tumores no siempre permite la diferenciación entre tumores benignos y malignos, por lo que es necesario la utilización de exámenes complementarios, de ahí la importancia de realizar un estudio adecuado del caso para llegar a un diagnóstico certero y plantear así el mejor tratamiento posible.

Para ello se utilizan una serie de herramientas como son la anamnesis, la exploración física, los estudios por imágenes y la citología por aspiración con aguja fina (CAAF).⁽¹⁾

Actualmente la CAAF es un método diagnóstico muy eficaz en la evaluación de las lesiones de las glándulas salivales. Es una técnica segura y bien tolerada por los pacientes. En lo referente al costo es muy económica, y proporciona un diagnóstico rápido y preciso. Además, la decisión de tratar o no a un paciente se puede tomar en base al diagnóstico obtenido tras la misma, no obstante, el diagnóstico definitivo lo aporta la biopsia de la pieza quirúrgica.

Tanto el tratamiento clínico como el quirúrgico de las lesiones de las glándulas salivales varían enormemente dependiendo si se trata de lesiones inflamatorias, tumores benignos o tumores malignos. De tal manera que es necesario e importante, a la hora de plantear el tratamiento oportuno, tener un diagnóstico previo fiable.⁽¹²⁾

El objetivo de este trabajo fue caracterizar el comportamiento de las enfermedades tumorales de glándulas salivales en los pacientes atendidos en la consulta de Otorrinolaringología del Hospital Universitario “General Calixto García”.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, ambispectivo y de corte longitudinal en pacientes con tumores de glándulas salivales. El universo estuvo constituido por 63 pacientes atendidos en la consulta de Otorrinolaringología del Hospital Universitario “General Calixto García” entre enero de 2016 y diciembre de 2020. La muestra quedó compuesta por 35 pacientes con aumento de volumen de glándulas salivales que se les realizó CAAF y fueron sometidos a tratamiento quirúrgico para biopsia definitiva.

VARIABLES ESTUDIADAS: edad, sexo, factores de riesgo, localización del tumor, síntomas y signos de presentación, tipo de tumor y complicaciones postquirúrgicas.

Resultados

Predominó el sexo femenino con el 65,7 % sobre el masculino 34,3 %, con una frecuencia mayor entre 50 - 59 años, seguido de los de 40 - 49 años. El promedio de edad global fue de 49,9 años.

El factor de riesgo predominante fue el hábito de fumar presente en el 57,2 % de la muestra, seguido por la ingesta de alcohol (31,5 %).

La localización más frecuente fue en la glándula parótida 71,5 %, seguido en orden de frecuencia por la glándula submaxilar 25,7 % y la sublingual con 2,8 %. (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución según localización de la glándula salival afectada

Localización	No.	%
Glándula parótida	25	71,5
Glándula submaxilar	9	25,7
Glándula sublingual	1	2,8
Glándulas salivales menores	0	0
Total	35	100

Como se puede evaluar en la tabla 2, la manifestación más frecuente fue el aumento de volumen de la glándula estando presente en todos los casos estudiados (100 %), siendo la lesión exofítica la que prevaleció en 82,9 %, seguido del dolor con 80,1 % y con menos frecuencia el resto de las sintomatologías descritas en la tabla.

Tabla 2 - Distribución de pacientes según síntomas y signos clínicos de presentación

Presentación de síntomas y signos		No.	%
Tumoral	Lesión exofítica	29	82,9
	Lesión ulcerada	4	11,5
	Lesión Infiltrante	1	2,8
	Lesión Mixta	1	2,8
	Total	35	100
Neurológica	Algia	28	80,1
	Paresia	1	2,8
	Parestesia	2	5,7
	Parálisis facial	1	2,8
Secretora	Boca seca	3	8,6
	Total	35	100

Como se observa en la tabla 3 la lesión más común en las glándulas parótidas fue el adenoma pleomorfo, en el 45,8 % de los casos, seguido por el tumor de Whartin (25,7 %) en las glándulas submaxilares predominó la sialoadenitis crónica con el 22,9 %. Solo se encontró un caso (2,8 %) con lesión maligna en la glándula submaxilar, siendo el carcinoma epidermoide la forma histológica presente. La mayoría de las localizaciones fueron en la glándula parótida (71,5 %) y en las submaxilares (25,7 %), no hubo lesiones en las glándulas salivales menores.

Tabla 3 - Diagnóstico histológico según la localización del tumor

Localización	No.	%	Tipo de tumor	No.	%
Glándulas parótidas	25	71,5	adenoma pleomorfo	16	45,8
			tumor de Whartin	9	25,7
Glándulas submaxilares	9	25,7	sialoadenitis crónica	8	22,9
			carcinoma epidermoide	1	2,8
Glándula sublingual	1	2,8	adenoideo quístico	1	2,8
Glándulas salivales menores	0	0	0	0	0

En la tabla 4 se puede observar que se complicaron 7 pacientes (19,6 %), siendo la complicación más frecuente la infección de la herida quirúrgica (8,4%) seguida de la dehiscencia de la sutura (5,6 %).

Tabla 4 - Complicación en la técnica quirúrgica realizada

Complicación N= 35	No.	%
Hematoma	0	0
Dehiscencia de la herida	2	5,6
Infección de herida	3	8,4
Sialoboma	1	2,8
Parálisis facial	1	2,8
Síndrome de frey	0	0
Total	7	19,6

Discusión

El sistema de glándulas salivales constituye un grupo de glándulas distintas desde el punto de vista anatómico y fisiológico, sus conductos excretores abocan a la cavidad oral a través de la mucosa oral y orofaríngea, y sus secreciones combinadas constituyen la saliva, que permite una correcta lubricación de la cavidad oral, ayuda a mantener un correcto pH, así como el inicio de la digestión.

El sistema glandular está constituido por tres pares de glándulas salivales mayores que corresponden a las glándulas parótidas, submaxilares y sublinguales y cientos de glándulas salivales menores situadas de predominio en la lámina propia de la mucosa o en la submucosa de la cavidad bucal y distribuidas por toda la mucosa del tracto aerodigestivo superior. Cada una de las glándulas salivales tienen una función distinta: unas son serosas, otras mucosas y otras de tipo mixto.^(13,14)

Las glándulas salivales menores son muy numerosas y se encuentran en un número aproximado de 500 a 1000 distribuidas por toda la cavidad oral, faringe, fosas nasales y mucosa traqueal. Dentro de la cavidad oral las localizaciones preferentes son los labios, mucosa yugal, velo del paladar, áreas gingivales y lengua. Son de secreción predominantemente mucosa, salvo las de Ebner que suelen presentar secreción serosa.^(15,16,17)

En su composición histológica las glándulas salivales son de tipo exocrino, están formadas por dos unidades: la unidad secretora o productora de la saliva y la unidad excretora formada por tubos confluyentes por los que sale la saliva a la boca. Todas estas unidades, secretoras y excretoras constituyen el parénquima glandular, están rodeadas por una cantidad variable de tejido conjuntivo, el estroma que sirve de soporte estructural.^(18,19,20)

En Cuba, en estudio realizado a 205 pacientes operados en 7 años, se observó franco predominio de las enfermedades de glándulas salivales en el sexo femenino⁽¹⁸⁾, similitud al resultado obtenido en esta investigación.

Luksic J,⁽¹⁵⁾ expresa al igual que en nuestro estudio predominio de afecciones en el sexo femenino, en edades intermedias. *Mishra A*, y otros,⁽¹¹⁾ encontraron resultados muy similares específicamente lo relacionado al sexo y grupos etarios. Sin embargo, en el estudio de *Matamala*,⁽²¹⁾ el promedio de edad de los pacientes con lesiones de glándulas salivales fue de $33 \pm 1,7$ años, mucho menor incluso que el promedio de edad en nuestra investigación.

La diferencia en cuanto al sexo se iguala a lo encontrado en el estudio de *Ponce*,⁽⁶⁾ donde el promedio de edad del total de la muestra fue 54.3 años ($\pm 15,4$). De los 159 casos estudiados 71 (44,6 %) correspondieron al sexo masculino y 88 (55,4 %) al sexo femenino. La diferencia de edades entre ambos géneros no fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$). El pico de edad más prevalente se ubicó en la cuarta y quinta décadas de vida. Estos resultados coinciden parcialmente con los nuestros.

Es válido aclarar que el factor de riesgo demostrado que influye en la aparición de enfermedades quirúrgicas de las glándulas salivales sobre todo del tipo maligno son las radiaciones ionizantes. Sin embargo, el hábito de fumar y el alcoholismo se preconizan como factor de riesgo en los tumores de cabeza y cuello en general.^(2,18)

La referencia de *Pérez Abreu*⁽¹⁸⁾ expresa que los hábitos tóxicos son factores a tener en cuenta en los procesos oncológicos de cabeza y cuello. Otro estudio de factores de riesgo de *Díaz KP* y otros,⁽⁵⁾ destaca que el 44 % tenía el antecedente de tabaquismo, teniendo franca relación con nuestro estudio.

Con respecto a la localización los resultados son comparables a las referencias de *Said*,⁽¹⁹⁾ donde la localización en parótida estuvo en el 73,2 % de los pacientes acorde con el resultado de este estudio, mientras que en el trabajo de *Pérez Abreu*,⁽¹⁸⁾ fue de 58,5 % con mayor número de lesiones en glándulas submaxilares no coincidiendo con nuestra investigación. .

Yih⁽²⁰⁾ demostró en su investigación que de un total de 25 lesiones de glándulas salivales, el 80 % de los tumores correspondió a la glándula parótida, el 16 % se localizaron en la glándula submaxilar y, solamente un 4 % en glándula salival menor todo lo antes expuesto se compara en similitud con nuestra investigación.

Así mismo, es importante resaltar que en el estudio de *Ghosh-Laskar* y otros.⁽¹⁶⁾ observaron que en 74 % de los tumores, la glándula parótida estaba afectada, destacando que a mayor tamaño de la glándula salival mayor aparición de tumor.

Con respecto a la sintomatología en estudio realizado por *Gondivkar SM*,⁽¹²⁾ se encontró el dolor preoperatorio en un 48 %. La mayoría de los artículos mencionan^(4,16,20) que el dolor en la lesión de glándulas salivales de parótida se presenta aproximadamente en un 30 % de los pacientes; en cambio, otras

publicaciones^(9,11) no encuentran diferencias respecto al dolor entre tumores malignos o benignos de parótida.

Autores cubanos coinciden con que el motivo principal de consulta es el aumento de volumen de la glándula, seguido del dolor y boca seca, además parestesias y/o parálisis facial.⁽¹⁸⁾

En el estudio de Yih,⁽²⁰⁾ los motivos de consulta más frecuentes fueron el aumento de volumen y el dolor al igual que en nuestra serie.

Los signos de malignidad son: el inicio de dolor, paresia o parálisis de nervio facial, crecimiento rápido, parestesias, disfonía, compromiso cutáneo o mucoso, fijación y dureza de la masa a tejido circundante y adenopatía cervical.

El mayor problema a la hora del análisis de la enfermedad tumoral de las glándulas salivales, es que su clasificación histológica ha variado mucho a lo largo de los años. Estudios retrospectivos han tenido que reclasificar las lesiones adaptándose a una única clasificación actual para que sus resultados tengan validez.⁽¹⁹⁾

Las principales clasificaciones de los tumores de glándulas salivales son las de la Organización Mundial de la Salud (OMS), clasificación histológica de tumores de glándulas salivales (WHO) que se propuso en 1971, revisada en 1991 y 2005 respectivamente y que incluye:⁽¹⁵⁾

- *Neoplasias benignas de estirpe epitelial*: adenoma pleomorfo, mioepitelioma, adenoma de células basales, tumor de Warthin, oncocitoma, adenoma sebáceo, cistadenoma, linfadenomas, papiloma ductal invertido, papiloma ductal, sialadenoma-papilífero.
- *Neoplasias malignas de estirpe epitelial*: carcinoma de células acinares, carcinoma mucoepidermoide, carcinoma adenoide quístico, adenocarcinoma polimorfo de bajo grado, carcinoma epimioepitelial,

carcinoma de célula clara, carcinosarcoma, carcinoma epidermoide, carcinoma de células pequeñas, carcinoma de células grandes, carcinoma linfopitelial, sialoblastoma, adenocarcinoma de células basales, linfadenocarcinoma sebáceo, cistadenocarcinoma, cistadenocarcinomacribiforme de bajo grado, adenocarcinoma mucinoso, carcinoma oncocítico, carcinoma ductal salival, adenocarcinoma, carcinoma mioepitelial, entre otros.

- *Lesiones pseudotumorales*: sialoadenitis, oncocitosis, sialometaplasia necrosante, lesión linfopitelial benigna, quiste de glándula salival, sialoadenitis crónica esclerosante, hiperplasia linfoide quística.
- *Otros tumores*: tumores no epiteliales, linfomas, metástasis, tumores no clasificados.

Aspectos específicos según tipo histológico

Tumores benignos

Adenoma pleomorfo. Tumor de Warthin (Cistadenoma papilar linfomatoso, Oncocitoma (Adenoma acidófilo), Adenoma de células basales, Lipoma, Hemangioma, Linfangioma, etc.

En estudio clínico retrospectivo realizado en Cuba,⁽⁴⁾ se describen las características clínico-epidemiológicas del adenoma pleomorfo en una población cubana. Para identificarlos se analizaron 159 casos de tumores de glándulas salivales, donde 71,1 % fueron benignos, datos muy similares a lo reportado por Díaz KP,⁽⁵⁾ con el 67,5 %.

En nuestro estudio el adenoma pleomorfo constituyó el 39,47 % del total de los tumores benignos, siendo la primera neoplasia benigna más frecuente. A pesar de que la mayoría de los reportes de la literatura científica^(7,11) concuerdan con esto, su prevalencia varía significativamente. En los EEUU se reportó una frecuencia relativa del 5,3 %⁽¹⁰⁾ concordando con el oeste de China (7 %)⁽³⁾, India (8,1 %)⁽¹¹⁾ y Chile.⁽²¹⁾

Por otra parte, se han reportado frecuencias relativas más altas: en el Reino Unido 16,6 %, y en Sri Lanka y el este de China 20,2 %, respectivamente.^(6,16)

En las últimas décadas, se ha observado un aumento de casos de adenoma pleomorfo. El sitio predominante de aparición es la glándula parótida, específicamente en el lóbulo superficial, aunque casos esporádicos se han reportado en la glándula submaxilar y aun en glándulas salivales accesorias.⁽⁴⁾ En el presente trabajo la mayoría de tumores se localizaron en la glándula parótida. Nuestros resultados muestran una proporción aún mayor (45,76 %), datos similares a los reportados por *West R*⁽¹⁷⁾. De tal manera que en relación con la literatura revisada^(2,7) y en el conocimiento de los autores de este trabajo, el presente reporte muestra que la población cubana presenta la segunda proporción más alta de adenoma pleomorfo del mundo.

La alta frecuencia observada pudiera justificarse debido al alto consumo de tabaco en Cuba y donde en ciudades como La Habana y Pinar del Río alcanza una prevalencia del 41 % en la población.

En una revisión hecha por *Lim CS* y otros,⁽⁸⁾ con una serie de 308 tumores, sólo 19 % de las lesiones resultaron con cáncer. *Said S* y otros,⁽¹⁹⁾ en su publicación de 67 tumores, reportan una mayoría de lesiones benignas con 64,2 %, a pesar de haber excluido las lesiones de parótida, donde se sabe predominan los tumores benignos. Solo un estudio realizado en Groenlandia presenta una mayoría de tumores malignos a expensas del carcinoma indiferenciado, en el que 92 % de los casos resultaron ser cáncer.⁽⁴⁾

Así mismo, es importante resaltar que el estudio de *Ghosh-Laskar S* y otros,⁽¹⁶⁾ se observó que solo el 4 % de los tumores de glándula parótida fueron malignos.

En el estudio *West R*,⁽¹⁷⁾ se observa, que existe una proporción bastante homogénea de tumores benignos y malignos entre cada serie, con un predominio evidente de tumores benignos; sin embargo, la proporción de tumores en las

glándulas salivales menores parece ser inferior en Europa (Suecia y Alemania), si lo comparamos con Cuba y Norteamérica.

Es necesario realizar un estudio general, que se base en el examen clínico, estudio de imágenes y exámenes histopatológico.

Con la clínica se determina el tamaño de la lesión, extensión locoregional y presencia de signos subjetivos de malignidad (parálisis facial, trismus, infiltración cutánea, crecimiento piramidal) la valoración del estado general del paciente orienta si el tumor es operable o no por lo que a todo paciente se le debe realizar; examen físico completo de cabeza y cuello, tomografía axial y resonancia magnética si está indicada clínicamente, radiografía de tórax, punción y aspiración con aguja fina, evaluación dental, evaluación nutricional.

Cirugía diagnóstica

La biopsia excisional o enucleación esta proscrita debido al alto riesgo de recurrencia tumoral. El abordaje adecuado consiste en la resección íntegra del tumor, asegurando bordes libres y con análisis extemporáneo de la lesión, siendo en la mayoría de los casos una cirugía diagnóstica y terapéutica. Sólo se justifica la biopsia abierta en pacientes con un probable tumor maligno y contraindicación quirúrgica, con una CAAF no concluyente, para planificar un tratamiento médico o paliativo. No es recomendable su realización en tumores de cavidad oral o de espacio parafaríngeo, debido al riesgo de lesión carotídea, diseminación tumoral y contaminación por la flora oral.

La extirpación quirúrgica completa con márgenes adecuados es el tratamiento de elección para la mayoría de las neoplasias salivales.

Por lo general la mayoría de los autores coinciden que las complicaciones postquirúrgicas en la cirugía de glándulas salivales son pocas y está muy determinada por la pericia y la experiencia del cirujano.^(7,9,21) En el estudio de *Maita JK*,⁽²⁾ donde el tratamiento de elección para entidades benignas de la

parótida fue quirúrgico la complicación más observada fue la parálisis facial en un 20 % de los casos y recuperable en el 98 %.

Por su parte *Ferbeyre* y otros,⁽⁴⁾ en su serie de 308 tumores, sólo 23 % se complicaron observándose parálisis facial en el 16 %, paresias en el 32 %, sangrado en 22 % y dehiscencia de suturas en 7 %. *Almela R* y otros,⁽⁹⁾ reportan 10 % de complicaciones postquirúrgicas.

Radioterapia

En tumores benignos su uso se reserva a los casos recidivantes, irresecables, o en pacientes con contraindicación quirúrgica. En los tumores malignos el uso combinado de cirugía y radioterapia ha mejorado el control locorregional y la supervivencia de los pacientes con carcinomas de glándulas salivales mayores y menores.⁽¹²⁾

Quimioterapia

Hasta ahora el uso de la quimioterapia no ha demostrado beneficios sobre el control locorregional o la supervivencia. Se puede utilizar como parte del tratamiento paliativo en pacientes sintomáticos con contraindicación quirúrgica.

Pronóstico

Al considerar el pronóstico en los tumores malignos, el estadio es más importante que el grado histológico. El tamaño del tumor al diagnóstico es un fuerte predictor del pronóstico, los tumores menores de 4 cm muestran mayor supervivencia y menor riesgo de metástasis locorregionales y a distancia. También se ha demostrado que la radioterapia adyuvante mejora la supervivencia en tumores mayores de 4 cm, pero obtiene un beneficio limitado en los tumores más pequeños.⁽²¹⁾

Se concluye que nuestra experiencia coincide en muchos aspectos con la literatura revisada. Los tumores de glándulas salivales predominan en la glándula parótida y son los benignos los más frecuentes, y afectan más al género femenino en la edad adulta.

Referencias bibliográficas

1. Boisramé-Gas Y, Trin S, Legens M. Patología de las glándulas salivales: litiasis y tumores. EMC-Tratado de Medicina. Ediciones Elsevier Masson. Paris, France. 2016;15(4):1-8. DOI: [https://10.1016/S1636-5410\(11\)60391-7](https://10.1016/S1636-5410(11)60391-7)
2. Maita JK, Al-Kaisi N, Al-Tamimi S, Wraikat A. Salivary gland tumors in Jordan: a retrospective study of 221 patients. Croat Med J. 1999;40(4):539-42.
3. Tian Z, Li L, Wang L, Hu Y, Li J. Salivary gland neoplasms in oral and maxillofacial regions: a 23-year retrospective study of 6982 cases in an eastern Chinese population. Int J Oral Maxillo Fac Surg 2018;39(3):235-42. DOI: <https://10.1016/j.ijom.2009.10.016>. Epub 2009 Nov 29.
4. Ferbeyre Binelfa L, Cruz González P, Fernández Mirabal A, Sánchez Acuña G, Medina Suárez M. Tumores de glándulas salivales: Experiencia en Cuba en comparación con otros países. Gaceta Mexicana de Oncología. 2019 [acceso 12/01/2021];5(5):154-60. Disponible en: <https://www.gamo.smeo.com>
5. Díaz KP, Gerhard R, Dominguez RB, Martins LL, Prado Ribeiro AC, Lopes MA, et al. High diagnostic accuracy and reproducibility of fine-needle aspiration cytology for diagnosing salivary gland tumors: cytohistologic correlation in 182 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2016;118(2):226-35. DOI: https://dx.doi.org/10.4103%2FJOC.JOC_68_18
6. Ponce Bravo S, Ledesma Montes C, Lopez Becerril U, Morales Sanchez I. Myoepithelial cells are the main component in pleomorphic adenomas? Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2017;12(2):E110-5 DOI: <https://dx.doi.org/10.4103%2F0973-029X.190952>
7. Zhou CX, Gao Y. Oncocytoma of the salivary glands: a clinicopathologic and immunohistochemical study. J. Oral Oncol. 2014;45(12):e232-8. DOI: <https://10.1016/j.oraloncology.2009.08.004>. Epub 2009 Sep 30
8. Lim CS, Ngu I, Collins AP, McKellar GM. Papillary cystadenoma of a minor salivary gland: report of a case involving cytological analysis and review of the literature. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod. 2013;105(1):e28-33. DOI: <https://10.1016/j.tripleo.2007.07.019>
9. Almela R, Garcia H, García J, Ramos B. Myoepithelioma of the parotid gland. An Otorrinolaringol Ibero Am 2012; 29(1):53-59.

10. Apple SK, Moatamed NA, Lai CK, Bhuta S. Sebaceous adenoma of the parotid gland: a case report with fine needle aspiration findings and histologic correlation. *Acta Cytol* 2016;53(4):419-22. DOI: <https://doi.org/10.1159/000325343>
11. Mishra A, Tripathi K, Mohanty L, Nayak M. Sebaceous lymphadenoma of the parotid gland. *Indian J Pathol Microbiol*. 2016 [acceso 12/01/2021];54(1):131-2. Disponible en: <https://www.ijpmonline.org/text.asp?2011/54/1/131/77364>
12. Gondivkar SM, Gadail AR, Chole R, Parikh RV. Adenoid cystic carcinoma: a rare clinical entity and literature review. *J. Oral Oncol* 2019;47(4):231-36. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2011.01.009>. Epub 2011 Feb 24
13. Thompson LD. Salivary gland acinic cell carcinoma. *Ear Nose Throat J* 2016;89(11):530-32. DOI: [10.1177/014556131008901109](https://doi.org/10.1177/014556131008901109)
14. Ward BK, Seethala RR, Barnes EL, Lai SY. Basal cell adenocarcinoma of a hard palate minor salivary gland: case report and review of the literature. *Head Neck Oncol* 2016;23(1):41-53. DOI: <https://doi.org/10.1186/1758-3284-1-41>
15. Luksic J, Virag M, Manojlovic S. Salivary gland tumours: 25 years of experience from a single institution in Croatia. *J Cranio Maxillofac Surg*. 2017;40(3):e75-e81. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2011.05.002>. Epub 2011 Jun 8
16. Ghosh-Laskar S, Murthy V, Wadasadawala T. Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland Factors affecting outcome. *Head Neck*. 2011;33(4):497-503. DOI: <https://doi.org/10.1002/hed.21477>
17. West R, Kong C, Clarke N, Gilks T, Lipsick J, Cao H, et al. MYB expression and translocation in adenoid cystic carcinomas and other salivary gland tumors with clinicopathologic correlation. *Am J Surg Pathol*. 2016;35:92-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/PAS.0b013e3182002777>
18. Pérez Abreu E, Orduñez García P, Cruz Leyva A. Tumores de glándulas salivales. Nuestra experiencia *Rev. Cubana de Estomatol* 2009 [acceso 12/01/2021];37(2):89-94. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol37_2_00/est03200.htm ISSN 1561-297X
19. Said S, Campana J. Myoepithelial carcinoma ex pleomorphic adenoma of salivary glands: a problematic diagnosis. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 2017;99(2):196-201. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2003.11.014>

20. Yih WY, Kratochvil FJ, Stewart JC. Intraoral minor salivary gland neoplasms: review of 213 cases. J Oral Maxillo fac Surg. 2017; 63:805-10 DOI: <https://10.1016/j.joms.2005.02.021>

21. [Matamala MS](#). Lesiones intraorales de glándulas salivales menores. Rev. Chilena de Cirugía. 2012;64(4):335-40 DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S071840262012000400002>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses de ningún tipo.

Contribuciones de los autores

Juan Manuel Resendiz Amezcua: idea original del trabajo, Estudio de los casos, redacción del texto

Pedro Javier Contreras Álvarez: estudio de los casos, asesoramiento en el trabajo

Nora Luisa Iznaga Marín: asesoramiento en el trabajo, revisión del texto final.