

Tumores de las glándulas salivales

Dr. Rubén Cortés González

Introducción

La inmensa mayoría de los tumores de las glándulas salivales son benignos y su manejo no ha cambiado sustancialmente en los últimos tiempos. Esencialmente si se pretende evitar la recurrencia local, se requiere de la escisión completa del tumor, con un margen razonablemente negativo de tejido glandular normal. La preservación de las estructuras nerviosas que anatómicamente acompañan a estas glándulas debe ser una conducta sistemática.

Los adenomas pleomórficos o tumores mixtos de la glándula parótida, que son los más frecuentes, requieren la cuidadosa disección y preservación del nervio facial. Aunque la mayoría requiere de una parotidectomía superficial, en algunas ocasiones los tumores pequeños de localización en la cola de la glándula, pueden ser manejados con una resección parcial de la porción inferior de la glándula, teniendo únicamente que disecar la rama inferior del séptimo par craneal.

Los tumores localizados en el lóbulo profundo de la glándula parótida, aunque raros, exigen la realización de una parotidectomía total, con preservación del nervio facial.

Los tumores de las glándulas submandibulares y sublinguales, aunque representan una mayor posibilidad de lesiones malignas, pueden researse con un menor potencial de lesión nerviosa. Esta circunstancia no excluye la necesidad de una escisión completa de la glándula con un margen negativo de tejido areolar circunvecino.

Diagnóstico preoperatorio de las lesiones tumorales de las glándulas salivales

Existe hoy en día una gran variedad de técnicas diagnósticas en el estudio de las lesiones de las glándulas salivales. Éstas se relacionan casi exclusivamente con las lesiones en parótidas y submandibulares. Incluyen técnicas de imagen como sialografía, ultrasonido, tomografía computada, imagen por resonancia magnética y estudios con radioisótopos, así como la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF). La sialografía y los estudios de medicina nuclear se utilizan particularmente en procesos inflamatorios y obstructivos de las glándulas, dejando el resto para las lesiones ocupativas.

El ultrasonido, aunque subutilizado, resulta ser un buen estudio para caracterizar y diferenciar lesiones

quísticas, sólidas y mixtas. También es útil para guiar biopsias por aspiración y para estudiar las cadenas ganglionares de la región. De particular interés resulta la aplicación de Doppler color para la identificación de vasos sanguíneos intralesionales característicos de los tumores malignos, a diferencia de la casi nula vascularidad de los adenomas pleomórficos.

Sin embargo, el estándar de oro en el estudio por imagen de los tumores de las glándulas salivales sigue siendo la tomografía computarizada multicorte simple y contrastada. Es muy útil en diferenciar tumores benignos de malignos en base a la morfología de las lesiones, así como la posibilidad de identificar tumores del lóbulo profundo y del posible involucro del nervio facial. Su certeza diagnóstica se ha visto incrementada recientemente con la combinación de la sialografía.

La imagen por resonancia magnética no ofrece mayor información que la obtenida por una buena tomografía y sólo resulta útil mencionar que cuando se practica una angiorresonancia, se es capaz de mejor identificar invasión extraglandular e involucro neural.

La biopsia por aspiración con aguja fina merece una mención especial. Aunque es un hecho inobjetable que este procedimiento diagnóstico es doblemente operador dependiente (cirujano y citopatólogo), la experiencia ha hecho que adquiera mayor popularidad, ya que en centros de experiencia alcanza una sensibilidad y especificidad diagnósticas cercanas al 95%.

Histología de los tumores de las glándulas salivales

Tumores benignos

Adenoma pleomórfico

La mayoría de los tumores de las glándulas salivales son benignos, destacando los adenomas pleomórficos también conocidos como tumores mixtos. Ocupan el 75% de todos los tumores benignos y su escisión completa, preservando las estructuras nerviosas contiguas resulta ser el tratamiento definitivo. Habitualmente no requieren de otro tipo de manejo y el índice de recurrencia local en manos experimentadas es menor del 5%. La re-escisión es el tratamiento de las recurrencias, debiendo tener en cuenta que estas operaciones presentan un mayor índice de lesión del nervio facial.

El término pleomórficos se origina de su diversidad morfológica en donde se le puede observar un componente epitelioide y uno conectivo. El concepto actual es que se originan de una célula primitiva intercalada en los conductos, con potencial epitelial y mioepitelial, particularmente frecuentes en las glándulas parótidas en donde ocupan el lóbulo superficial en el 90% de las veces. Son tumores habitualmente únicos y de crecimiento lento e indoloro. En la exploración quirúrgica, parecerían tener una delgada cápsula que los separa de la glándula normal y que sólo desplaza al nervio facial, sin invadirlo.

La transformación maligna de un adenoma pleomórfico es rara y sólo se observa en un 1.5% de los casos recientemente diagnosticados. Esta tendencia a malignizarse aumenta con el tiempo a razón de 0.8% por año.

Recientemente estudios moleculares han demostrado alteraciones en los protooncogenes p14 y p16, así como dos genes supresores en el cromosoma 9p21.

Tumor de Warthin

También conocido como cistadenoma papilar linfomatoso, representa el segundo tumor benigno de las glándulas salivales. Su importancia estriba en la confusión que se puede generar al confundirlo con un proceso linfoproliferativo.

Indistinguible clínicamente de los tumores mixtos, el tumor de Warthin se asocia más frecuentemente al hábito tabáquico y puede ser bilateral hasta en un 10% de los casos. Microscópicamente la presencia de papilas de epitelio eosinofílico que protruyen a espacios quísticos en una matriz linfoide establece el diagnóstico definitivo.

Otros tumores

Adenoma de células basales, adenoma canalicular, cistadenoma papilar oncocítico, oncocitoma y mioepitelioma, son todos ellos extraordinariamente raros.

Tumores malignos

Infrecuentes, ocupan menos del 10% de las neoplasias de las glándulas salivales. El carcinoma mucoepidermoide es el más frecuente, seguido por otras variedades, tales como el carcinoma adenoideo quístico, el carcinoma de células acinares, el adenocarcinoma y el carcinoma epidermoide.

El común denominador es la exposición a radiación ionizante y clínicamente suelen tener un comportamiento similar al de las lesiones benignas. Ocasionalmente, un rápido crecimiento de una tumoración preauricular, dolor o afectación del nervio facial son datos que orientan a la etiología maligna de un tumor de la glándula parótida. Aunque también son más frecuentes en esta glándula, la presencia de tumores en las submandibulares o sublinguales deben hacer sospechar una etiología maligna.

Tratamiento quirúrgico

A pesar de contar con una biopsia por aspiración con aguja fina que sugiera una lesión benigna, el cirujano deberá enviar la pieza escindida a estudio transoperatorio para descartar carcinoma. En caso de obtener el diagnóstico de malignidad, el cirujano deberá estar también preparado para completar el procedimiento con una linfadenectomía cervical suprahomohioidea.

La complicación más temida es sin duda la lesión permanente del nervio facial. La magnitud de esta complicación dependerá de si el daño es de una de las ramas o del tronco principal del nervio. Debe reconocerse que en cerca del 50% de las parotidectomías, se produce una paresia transitoria por elongación del nervio. Mientras se mantenga la integridad de la vaina nerviosa, la recuperación deberá ser completa al cabo de un tiempo. De producirse una sección nerviosa, ésta deberá repararse con una neurorrafia epineural directa o con el uso de un injerto nervioso, utilizando habitualmente un segmento del nervio auricular mayor.

Otras complicaciones de menor impacto son el síndrome de Frey o diaforesis gustativa y la fístula salival. La primera, aunque no es tan infrecuente, se diagnostica poco en virtud de no integrar un interrogatorio adecuado. La fístula salival es una complicación muy rara y se puede manejar con anticolinérgicos, aspiración, compresión y, sobre todo, paciencia.

Sistemáticamente debe realizarse una linfadenectomía suprahomohioidea cuando se diagnostica una lesión maligna. La resección del nervio facial no debe ser rutinaria, aunque en los casos de afectación tumoral al nervio debe resecarse en bloque.

Tratamiento sistémico

En el tratamiento de la enfermedad maligna metastásica y recurrente, se están ensayando nuevos esquemas de quimioterapia y terapia biológica dirigida a blancos específicos, con resultados aún por definir.

Referencias

1. Katz P. Ultrasound of salivary gland masses. *Otolaryngol Clin North Am* 2009; 42: 973-1000.
2. Al-Khafaji BM. Salivary gland fine needle aspiration using the thin prep technique: diagnostic accuracy, cytological artefacts and pitfalls. *Acta Cytologica* 2001; 45: 567-74.
3. Witt RL. The significance of the margin in parotid surgery for pleomorphic adenoma. *Laryngoscope* 2002; 112: 2141-54.
4. Gold DR. Management of the neck in salivary gland carcinoma. *Otolaryngol Clin North Am* 2005; 38: 99-105.
5. Salama AR. Clinical implications of the neck in salivary gland disease. *Oral Maxillofac, Surg Clin North Am Aug* 2008; 20: 445-58.
6. Elledge R. Current concepts in research related to oncogenes implicated in salivary gland tumorigenesis: a review of the literature. *Oral Dis May* 2009; 15: 249-54.