



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

CENTRO MEDICO NACIONAL
20 DE NOVIEMBRE

**MANEJO DE LOS TUMORES MALIGNOS DE LAS GLANDULAS
SALIVALES EN EL CMN 20 NOV**

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE LA ESPECIALIDAD EN

ONCOLOGIA QUIRÚRGICA

P R E S E N T A

DRA SILVIA MARGARITA ALVAREZ MALDONADO

ASESOR DE TESIS

DR HECTOR GURROLA MACHUCA

México, D.F. Enero 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

1.- INDICE	_____	1
2- RESUMEN	_____	2
3.- ABSTRACT	_____	3
4.-INTRODUCCIÓN	_____	4
5.- JUSTIFICACIÓN	_____	11
6.- MATERIAL Y METODOS	_____	12
7.- RESULTADOS	_____	13
8.- DISCUSIÓN	_____	21
9.- CONCLUSIONES	_____	21
9.- BIBLIOGRAFIA.	_____	22

RESUMEN

INTRODUCCION

Los tumores malignos de las glándulas salivales comprenden en general alrededor de 3% de todos los cánceres de la cabeza y el cuello. Las lesiones malignas de las glándulas mayores se reportan en un 0.7 por 100 000 de la población; la incidencia exacta de los tumores malignos de las glándulas menores se desconoce por que frecuentemente son reportados como otros primarios. Con excepción de algunas instituciones la experiencia en el tratamiento de estos tumores es limitada. Estas lesiones muestran un comportamiento clínico impredecible, con una marcada tendencia a las fallas locales (recurrencias) y las metástasis a distancia, lo que ocurre frecuentemente años después del diagnóstico.

El presente estudio presenta la experiencia en el manejo de los tumores malignos de glándulas salivales en el CMN 20 noviembre ISSSTE.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron 133 expedientes de los expedientes clínicos de pacientes enviados al servicio de Tumores de Cabeza y Cuello del servicio de Oncología Quirúrgica del CMN 20 de noviembre ISSSTE, en el periodo comprendido entre 1992 a enero de 2005, identificando los tumores malignos de las glándulas salivales y recolectando las siguientes variables que incluyen edad, género, sitio de origen del primario, etapa clínica, tipo histológico, tipo de tratamiento, así como el resultado del mismo.

RESULTADOS

De un total de 133 pacientes identificados, se presentaron 73 casos (55%) de tumores benignos y 60 casos (45%) de tumores malignos (se excluyen 6 casos de linfoma y un rhabdomioma) con relación de 2:1 La histología más frecuente de los tumores benignos: adenoma pleomorfo 66%, presentando los tumores malignos la siguiente distribución: carcinoma adenoideoquístico 30%, carcinoma mucoepidermoide 17%, carcinoma indiferenciado 15%, adenocarcinoma 12%. De acuerdo a la EC: Etapa I 7 casos; Etapa II 16 casos; Etapa III 15 casos y Etapa IV 15 casos. Con seguimiento de 1 mes a 15.5 años (media ponderada 5.4 años). Controlándose inicialmente 41 (77.4%). De los cuales recurrieron 14 pacientes controlando 6 casos (43%). 2 pacientes recurrieron por segunda ocasión controlándolos (100%). Y un paciente presentó tercera recaída la cual se controló (100%). La supervivencia global a 15 años del 58%. Clasificados de la siguiente manera: 7/7 en Estadio I (100%); 15/16 en Estadio II (94%); 7/15 en Estadio III (46.7%) y 5/15 en estadio IV (33%).

CONCLUSION

El alto porcentaje de tumores mayores de 4 cm., tumores de alto riesgo y/o la presencia de ganglios positivos, influye en el pronóstico del paciente aun con manejo adyuvante.

SUMMARY

INTRODUCTION

The malignant tumors of the salivary glands include in general around 3% of all you become cancerous of the head and the neck. The overall incidence of benign and malignant salivary tumours is unknown. Malignant disease of the major glands is reported to be 0.7 per 100 000 population , whereas minor salivary gland carcinomas are normally classified together with other malignancies at various anatomical sites. With the exception of a few institutions, experience in the treatment of these tumours is limited. The cancer for a histologically heterogenous group with significant differences in biological behavior. an unpredictable clinical course marked by frequent locoregional failure and distant metastasis, often occurring years after diagnosis.

The present study shows the experience in treatment of salivary gland tumours in the CMN 20 noviembre ISSSTE.

MATERIAL AND METHODS

The records of all patients with malignant salivary gland tumours presenting for treatment at CMN 20 Noviembre ISSSTE, between of 1992 and 2005 were retrospectively reviewed. Variables collected included age, gender, tumor site, histologic diagnosis, grade, stage, treatment and outcome.

RESULTS

Of a total of 133 identified patients, 73 cases (55%) of benign tumors and 60 cases (45%) of malignant tumors. The most frequent histología of the benign tumors was adenoma pleomorphic in 66%. The malignant tumors the following distribution: adenoid cystic carcinoma 30%, mucoepidermoid carcinoma 17%, others 15%, adenocarcinoma 12%. According to the stage clinica the distribution was EC I 7 cases; EC II 16 cases; EC III 15 cases y EC IV 15 cases.

CONCLUSIONS

The management of salivary gland malinances remains primarily surgical. The unfavorable impacts that advanced stage, poor tumor differentiation (high grade), tumor greater of 4cm and tumors and the presence of positive cervical lymph node is also significantly associated with poor survival.

INTRODUCCION

Las neoplasias de las glándulas salivales son raras y se caracterizan histológicamente por una gran cantidad de tipos histológicos así como un comportamiento biológico variable.

Los tumores de glándulas salivales se originan a partir de las glándulas salivales mayores (parótida, submandibular y sublingual) así como de las glándulas menores del tracto aerodigestivo superior.

La mayor incidencia de tumores de parótida ocurre en mujeres quinta década, la histología mas frecuente es de tipo benigno y corresponde al adenoma pleomórfico. Los tumores benignos son lesiones solitario que se desarrollan en meses o años. El dolor es raro y se presenta por distensión de la cápsula o por obstrucción de los conductos. Las lesiones de rápido crecimiento con dolor e induración son de tipo inflamatorio. Los tumores malignos se presentan como lesiones fijas, en ocasiones con áreas inflamatorias y un crecimiento acelerado, de manera tardía hay compromiso del N. Facial, trismus, y metástasis ganglionares.

Los tumores malignos de las glándulas salivales comprenden en general alrededor de 3% de todos los canceres de la cabeza y el cuello. Las lesiones malignas de las glándulas mayores se reportan en un 0.7 por 100 000 de la población, sin embargo la incidencia exacta de los tumores malignos de las glándulas menores se desconoce por que frecuentemente son reportados como otros primarios. Con excepción de algunas instituciones la experiencia en el tratamiento de estos tumores es limitada. Estas lesiones muestran un comportamiento clínico impredecible, con una marcada tendencia a las fallas locales (recurrencias) y las metástasis a distancia, lo que ocurre frecuentemente años después del diagnóstico.

La cirugía permanece como la piedra angular del tratamiento de estos pacientes optimizandose los regímenes de manejo con los tratamientos adyuvantes.

Los tumores de la glándula salival en etapa inicial, malignos de grado bajo generalmente son curables por medio de resección quirúrgica solamente. El pronóstico es más favorable cuando el tumor se encuentra en una glándula salival mayor; la glándula parótida es la más favorable, luego la glándula submandibular; los sitios primarios menos favorables son los sublinguales y glándulas salivales menores. Los tumores voluminosos o de alto grado tienen un pronóstico más precario y pueden tratarse mejor por resección quirúrgica combinada con radiación postoperatoria. El pronóstico también depende de lo siguiente:

Glándula en la que surgen.

Histología.

Grado (por ejemplo, de malignidad).

Extensión del tumor primario (por ejemplo, estadio).

Si el tumor implica al nervio facial, está fijado en la piel o estructuras profundas o se ha diseminado a los ganglios linfáticos o sitios distantes.

En general, el estadio clínico, particularmente el tamaño del tumor podría ser el factor para determinar los resultados del cáncer de la glándula salival, y podría ser más importante que el grado histológico.

También puede presentarse infiltración perineural, particularmente en el carcinoma cístico adenoide de alto grado, y esta debe ser específicamente identificada y tratada.

La radioterapia podría aumentar las probabilidades de control local y aumentar la supervivencia del paciente cuando no se puede lograr márgenes adecuados. La radioterapia con haz de neutrones rápidos o esquemas de haz de fotones

hiperfraccionados acelerados ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de tumores no operables, no resecables o recurrentes.

Entre las complicaciones del tratamiento quirúrgico para la neoplasia de la parótida, tenemos la disfunción del nervio facial y el síndrome de Frey también conocido como síndrome gustativo con rubor, sudor y auriculotemporal. El síndrome de Frey ha sido tratado eficazmente con inyecciones de toxinas de botulinum

De las glándulas salivales, >50% son benignas, y aproximadamente de 70% a 80% de estas neoplasias se originan en la glándula parótida. El paladar es el lugar más común donde se presentan los tumores pequeños de la glándula salival. La frecuencia de lesiones malignas varía acorde al lugar de presentación. Aproximadamente de un 20% a un 25% de los tumores de la parótida, de 35% a 40% de los tumores submandibulares, 50% de los tumores del paladar y >90% de los tumores de la glándula sublingual son malignos.

Las neoplasias de glándulas salivales son reconocidas por su diversidad histológica. Estas neoplasias incluyen los tumores tanto benignos como malignos de origen epitelial, mesenquimal y linfoide. Las neoplasias de glándulas salivales constituyen un reto particular al cirujano patólogo, principalmente debido a la complejidad de su clasificación y a lo poco común de varias de sus entidades, las cuales podrían exhibir un amplio espectro de diversidad morfológica en las lesiones individuales, y por ende dificultando la distinción entre los tumores malignos y benignos. La guía básica principal para establecer la naturaleza maligna de la neoplasia de glándula salival, es la de demostración de márgenes infiltrantes.

Dentro de las neoplasias benignas epiteliales de las glándulas salivales existe la contra parte maligna que detallamos a continuación:

- Adenoma pleomórfico (por ejemplo, tumor mixto) (ver carcinoma ex-adenoma pleomórfico).
- Tumor de Warthin, también conocido como cistoadenoma papilar linfomatoso.
- Adenomas monomórficos:
 - Adenoma de células basales (ver el adenocarcinoma de células basales).
 - Adenoma canicular.
 - Oncocitoma (ver carcinoma oncocítico).
 - Adenoma sebáceo.
 - Linfadenoma sebáceo (ver linfadenocarcinoma sebáceo).
- Mioepitelioma (ver carcinoma mioepitelial).
- Cistoadenoma (ver cistoadenocarcinoma).
- Papiloma de los conductos.
- Sialoblastoma.

La gradación histológica se utiliza principalmente en los carcinomas mucoepidermoides, adenocarcinomas, no especificados de otra forma (NOS, por sus siglas en inglés), los carcinomas císticos adenoides y los carcinomas de células escamosas. Varios otros carcinomas de glándulas salivales pueden clasificarse acorde a su grado histológico de la siguiente forma:

Bajo grado

- Carcinoma de células acínicas.

- Adenocarcinoma de células basales.
- Carcinoma de células claras.
- Cistadenocarcinoma.
- Carcinoma epitelial-mioepitelial.
- Adenocarcinoma mucinoso.
- Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado.

De bajo grado, grado intermedio y alto grado

- Adenocarcinoma, NOS.
- Carcinoma mucoepidermoide.*
- Carcinoma de células escamosas.

Grado intermedio y alto grado

- Carcinoma mioepitelial.

Alto grado

- Carcinoma anaplásico de células pequeñas.
- Carcinosarcoma.
- Carcinoma de células grandes no diferenciado.
- Carcinoma de células pequeñas no diferenciado.
- Carcinoma del conducto salival.

Carcinomas de las glándulas salivales y tumores mixtos

1. Carcinoma mucoepidermoide.
2. Carcinoma quístico adenoide.
3. Adenocarcinomas.
 1. Carcinoma de células acínicas.
 2. Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado.
 3. Adenocarcinoma no especificado de otra forma.
 4. Adenocarcinomas poco comunes.
 1. Adenocarcinoma de células basales.
 2. Carcinoma de células claras.
 3. Cistoadenocarcinoma.
 4. Adenocarcinoma sebáceo.
 5. Linfadenocarcinoma sebáceo.
 6. Carcinoma oncocítico.
 7. Carcinoma de los conductos de la glándula salival.
 8. Adenocarcinoma mucinoso.
4. Tumores malignos mixtos.
 1. Carcinoma ex-adenoma pleomórfico.
 2. Carcinosarcoma.
 3. Tumor mixto metastásico.
5. Carcinomas poco comunes.
 1. Carcinoma primario de células escamosas.
 2. Carcinoma epitelial-mioepitelial.
 3. Carcinoma anaplásico de células pequeñas.
 4. Carcinomas no diferenciados.
 1. Carcinoma microcítico no diferenciado.
 2. Carcinoma macrocítico no diferenciado.
 3. Carcinoma linfoepitelial.
 5. Carcinoma mioepitelial.
 6. Carcinoma adenoescamoso.

Carcinoma mucoepidermoide

El carcinoma mucoepidermoide es un tumor epitelial maligno que se compone de varias proporciones de células de mucosa, epidermoide, intermedia, de columna, y claras; y que con frecuencia muestra un marcado crecimiento cístico. Es la neoplasia maligna más común que se observa en las glándulas salivales mayores y menores. El carcinoma mucoepidermoide representa del 29% al 34% de los tumores malignos que se originan tanto en las glándulas salivales mayores como menores. El carcinoma mucoepidermoide muestra una fuerte predilección por el labio inferior. El haber estado expuesto a radiación ionizante parece aumentar de manera substancial el desarrollo de neoplasias de la glándula salival mayor, particularmente el carcinoma mucoepidermoide.

La mayoría de los pacientes son asintomáticos y presentan masas solitarias indoloras. Entre los síntomas tenemos dolor, drenaje del oído ipsilateral, disfagia, trismus y parálisis facial.

La gradación microscópica del carcinoma mucoepidermoide es importante en la determinación del pronóstico. El carcinoma mucoepidermoide se clasifica como de grado bajo, grado intermedio y grado alto. Entre los parámetros de clasificación con puntaje de valoración tenemos los siguientes:

- Componente intracístico (+2).
- Presencia de invasión neural (+2).
- Presencia de necrosis (+3).
- Mitosis (≥ 4 por cada 10 campo de alto poder) (+3).
- Presencia de anaplasia (+4).

Las anotaciones de la puntuación total son: de 0 a 4 para el grado bajo, de 5 a 6 para el grado intermedio, y de 7 a 14 para el grado alto.

El carcinoma mucoepidermoide se caracteriza citogenéticamente mediante desplazamiento $t(11;19)(q14-21;p12-13)$ la cual es ocasionalmente la única alteración genética.

Carcinoma adenoideo quístico

El carcinoma adenoideo quístico antiguamente conocido como cilindroma es una neoplasia de crecimiento lento y agresivo con marcada capacidad de recurrencia. Morfológicamente hablando se han descrito 3 patrones de crecimiento: cribiforme, o de patrón clásico, tubular; y sólido o basaloide. El patrón cribiforme, es el más común, y el patrón sólido es el menos común. El carcinoma cístico adenoide sólido es una lesión de grado alto del que se informa tasas de recurrencia de hasta 100% en comparación con 50% a 80% de las variantes tubular y cribiforme.

La incidencia pico de este tumor se encuentra entre los 40 y 60 años de edad. Esta neoplasia típicamente se presenta como una hinchazón de crecimiento lento en la región preauricular o submandibular. Con frecuencia se presenta dolor y parálisis facial

durante el curso de la enfermedad y es muy probable que esté vinculado con la alta incidencia relacionada con la infiltración del nervio. Independientemente del grado histológico los carcinomas adenoideos quísticos con su inusual lento crecimiento biológico, tienden a tener un curso prolongado y finalmente un resultado precario, se estima que la supervivencia a diez años es <50% en todos los grados. Típicamente estos carcinomas muestran recurrencias frecuentes y metástasis a distancia hacia su etapa final. El estadio clínico podría ser un mejor indicador pronóstico que el grado histológico. En un estudio retrospectivo de 92 casos, se determinó que un tumor >4 cm estuvo relacionado con un curso clínico desfavorable en todos los casos.

Carcinoma de células acinares

El carcinoma de células acinares es una neoplasia epitelial maligna en el cual las células neoplásicas expresan diferenciación acinar. El término carcinoma de células acinicas se define mediante diferenciación citológica hacia células acinares serosas, como opuestas a células acinares mucosas, cuya cualidad característica es gránulos secretorios, PAS-positivo tipo cimógeno. Es tipo histológico es el tercero más común entre las neoplasias epiteliales de la glándula salival después del carcinoma adenoideo quístico y adenocarcinoma mucoepidermoide.

Desde el punto de vista clínico, los pacientes presentan típicamente una masa que tiende a agrandarse de forma lenta en la región parótida. Un 33% de los pacientes presentan síntomas de dolor. Para el carcinoma de células acinares, el estadio del cáncer es un mejor pronosticador de los resultados que el grado histológico. En una revisión retrospectiva de 90 casos en la clínica Mayo, entre las características de pronóstico precario se listaban el dolor o la fijación; infiltración macroscópica; y características microscópica de desmoplasia, atipia o actividad mitótica creciente. Ni el patrón morfológico ni la composición celular constituyó una característica de pronóstico.

Neoplasias no epiteliales

Linfomas y lesiones linfoepiteliales benignas

Los linfomas de las glándulas salivales mayores son característicamente del tipo no Hodgkin. Los linfomas no Hodgkin constituyeron el 16.3% de todos los tumores malignos que se presentaron en las glándulas salivales mayores; la enfermedad en la glándula parótida constituyó casi el 80% de todos los casos. Los pacientes con lesiones linfoepiteliales benignas (por ejemplo, Enfermedad de Mikulicz), la cual es una manifestación de la enfermedad autoinmune, el síndrome de Sjögren, tienen un riesgo creciente de desarrollar linfoma no Hodgkin. La lesión linfoepitelial benigna se caracteriza clínicamente por un crecimiento bilateral y difuso de las glándulas salivales y lacrimales.

Neoplasias secundarias malignas

Las neoplasias malignas cuyos orígenes se encuentran fuera de las glándulas salivales podrían implicar las glándulas salivales mayores mediante:

1. Infiltración directa de cánceres que se encuentran adyacentes a las glándulas salivales.
2. Metástasis hematógena de tumores primarios distantes .
3. Metástasis linfática a ganglios linfáticos dentro de las glándulas salivales.

Aproximadamente un 80% de las metástasis a las glándulas salivales mayores podrían venir de los tumores primarios en otros lugares de la cabeza y el cuello; el 20% restante podrían venir de sitios infraclaviculares. La glándula parótida es el sitio de presentación de un 80% a 90% de las metástasis, y el resto implica a la glándula submandibular.

El estadio clínico, particularmente el tamaño del tumor, podría ser un factor crítico en la determinación de los resultados de los cánceres de la glándula salival y podría ser más importante que el grado histológico. Los estudios de diagnóstico por imágenes pueden emplearse en la clasificación de los estadios. Con una resolución espacial excelente y contraste de tejido blando superior, los exámenes por imágenes de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) ofrecen ventajas sobre las tomografías computarizadas en la detección y localización de tumores en la cabeza y el cuello. En general, MRI es la modalidad predilecta para la evaluación cuando se sospecha la presencia de neoplasia de las glándulas salivales.

El Comité Conjunto Estadounidense sobre el Cáncer (AJCC, por sus siglas en inglés) ha designado los estadios mediante clasificación TNM.^[5]

Definiciones TNM

Tumor primario (T)

- TX: El tumor primario no puede ser evaluado
- T0: No hay evidencia de tumor primario
- T1: Tumor de ≤ 2 cm en su mayor dimensión sin extensión extraparenquimal*
- T2: Tumor de >2 cm pero no ≤ 4 cm en su mayor dimensión sin extensión extraparenquimal*
- T3: Tumor tiene >4 cm o extensión extraparenquimal*
- T4a: Tumor infiltra la piel, mandíbula, canal del oído, el nervio facial o ambos
- T4b: Tumor infiltra la base del cráneo o los platos pterigoides o envuelve la arteria carótida o ambos

* [Nota: La extensión extraparenquimal es de por si prueba que existe infiltración clínica o macroscópica de los tejidos blandos. El que exista evidencia macroscópica por si sola no constituye extensión extraparenquimal para los propósitos de clasificación.]

Ganglios linfáticos regionales (N)

- NX: No pueden evaluarse los ganglios linfáticos regionales

- N0: No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales
- N1: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsolateral, ≤3 cm en mayor dimensión
- N2: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsolateral, >3 cm pero ≤6 cm en su mayor dimensión o en ganglios linfáticos ipsolaterales múltiples, ≤6 cm en su mayor dimensión o en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, ≤6 cm en su mayor dimensión
 - N2a: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsolateral, >3 cm pero ≤6 cm en su mayor dimensión
 - N2b: Metástasis en ganglios linfáticos ipsolaterales múltiples, ≤6 cm en su mayor dimensión
 - N2c: Metástasis en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, ≤6 cm en su mayor dimensión
- N3: Metástasis en un ganglio linfático >6 cm en su mayor dimensión

Metástasis a distancia (M)

- MX: No se puede evaluar la presencia de metástasis a distancia
- M0: No hay metástasis a distancia
- M1: Presencia de metástasis a distancia

Agrupación por estadios del AJCC

Estadio I

- T1, N0, M0

Estadio II

- T2, N0, M0

Estadio III

- T3, N0, M0
- T1, N1, M0
- T2, N1, M0
- T3, N1, M0

Estadio IVA

- T4a, N0, M0
- T4a, N1, M0
- T1, N2, M0
- T2, N2, M0
- T3, N2, M0
- T4a, N2, M0

Estadio IVB

- T4b, cualquier N, M0
- Cualquier T, N3, M0

Estadio IVC

- Cualquier T, cualquier N, M1

Aspectos generales de las opciones de tratamiento

La terapia mínima para las malignidades de grado bajo de la porción superficial de la glándula parótida consiste en una parotidectomía superficial. Para toda otra lesión, a menudo se indica una parotidectomía total. Debe hacerse resección del nervio facial o de sus ramas si están afectados por el tumor; se puede efectuar reparación en forma simultánea. Existen pruebas crecientes que la radioterapia postoperatoria aumenta la resección quirúrgica, en particular para las neoplasias de grado alto, o cuando los márgenes están cerca o implicados. Se han finalizado ensayos clínicos en los Estados Unidos e Inglaterra que indican que la radiación con haz de neutrones rápidos aumenta la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia general de los pacientes con tumores que no se pueden resecar o de pacientes con neoplasias recidivantes. Existen pocas instalaciones médicas disponibles en los Estados Unidos en donde se realice la radioterapia con haz de neutrones rápidos. La radioterapia con haz de fotones hiperfraccionada acelerada también ha producido tasas elevadas de control regional local a largo plazo. El uso de quimioterapia para tumores malignos de la glándula salival continua en evaluación clínica.

Los pacientes con tumores que se han diseminado a los ganglios linfáticos regionales deben ser sometidos a una linfadenectomía regional como parte del procedimiento quirúrgico inicial. La radioterapia adyuvante para estos tumores puede reducir la tasa de recidiva local.

JUSTIFICACION

El propósito del estudio es reportar la experiencia en el manejo de pacientes con de glándulas salivales malignos en pacientes que acuden al servicio de tumores de cabeza y cuello del CMN 20 de noviembre con el objetivo de identificar las lesiones más frecuentes, y en base a ello conocer el tipo de manejo que reciben y la respuesta al mismo para poder ofrecer un mejor tratamiento y minimizar las posibles complicaciones derivadas a la historia natural de la enfermedad y su manejo.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron los expedientes clínicos de los pacientes que fueron enviado al servicio de Tumores de Cabeza y Cuello del servicio de Oncología Quirúrgica del CMN 20 de noviembre ISSSTTE, en un periodo de tiempo comprendido entre 1992 a 2005, y con el diagnostico de tumores de glandulas salivales malignos para su tratamiento incluyendo quimoterapia o radioterapia adyuvante, incluso aquellos que recibieron tratamiento quirúrgico en otro hospital, entre enero de 1992 a enero de 2006, y que contaran con expediente electrónico y clínico vigente para la obtención de los datos.

El objetivo fue identificar los tumores malignos de las glándulas salivales, así como el tratamiento que reciben estos pacientes y las complicaciones que se presentan en la evolución de su padecimiento. Las variables que se recolectaran incluyen edad, genero, sitio de origen del primario, etapa clínica, tipo histológico, tipo de tratamiento, asi como el resultado del mismo.

El estudio realizado fue retrospectivo, descriptivo ,observacional y transversal.

RESULTADOS

De un total de 133 pacientes identificados con tumores de las glándulas salivales, se presentaron 73 casos (55%) de tumores benignos y 60 casos (45%) de tumores malignos. Figura 1

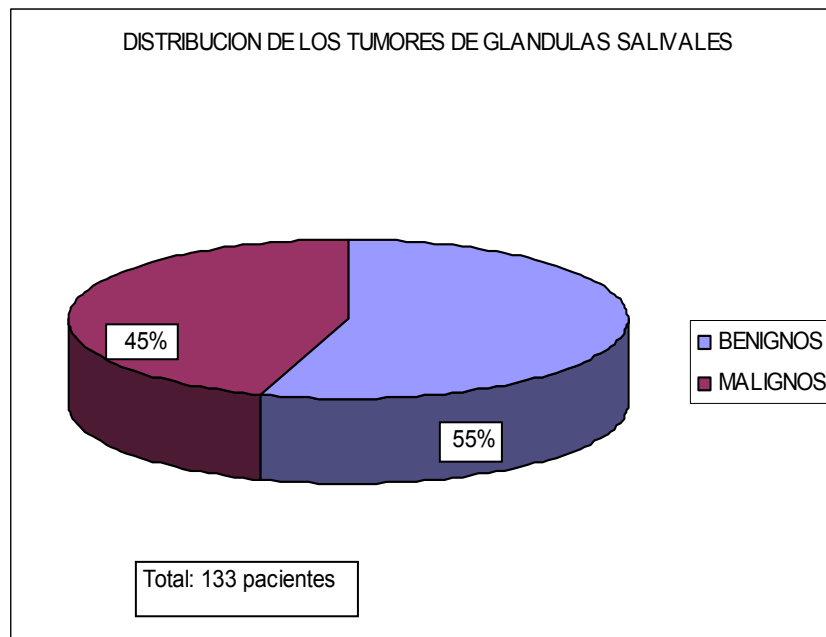


Figura 1

La histología más frecuente de los tumores benignos fue el adenoma pleomorfo en un 66%, con un rango de edad de 7 a 83^a, con una incidencia mayor en mujeres de 40 a 55^a (37%). Tabla 1

Tabla 1

HISTOLOGIA	
TUMORES BENIGNOS	
ADENOMA	
PLEOMORFO	48
WHARTIN	6
LINFOEPITELIOMA	5
SIALOADENITIS	3
ADENOMA	
MONOMORFO	2
LIPOMA	2
ONCOCITOMA	2
ACINARES	1
LINFOEPITELIOMA	1
OXIFILICO	1
QUISTE	1
TRAUMA	1
TOTAL	73

Los tumores malignos la siguiente distribución: carcinoma adenoideoquístico 30%, carcinoma mucoepidermoide 17%, carcinoma indiferenciado 15%, adenocarcinoma 12%. Tabla 2

Tabla 2

TUMORES MALIGNOS DE	
GLANDULAS SALIVALES	
HISTOLOGIA	
Epiteliales	
Adenoideoquístico	18
Mucoepidermoide bajo grado	5
Mucoepidermoide alto grado	5
Adenocarcinoma bajo grado	3
Adenocarcinoma alto grado	4
Indiferenciado	9
LNH	6
Epidermoide	5
Celulas acinares	2
Mioepitelioma	1
Ca polimorfo	1
No epiteliales	
Rabdomiosarcoma	1
TOTAL	60

El rango de edad para los pacientes con tumores malignos fue de 8ª a 83 años y la distribución por sexo fue igual para hombres y mujeres. (n- 30)

El sitio de afección glandular más frecuente fue el lóbulo superficial de la glándula parótida en un 55%, seguido de las glándula submaxilar (20%) y las salivales menores (18%) . Tabla 3

TUMORES MALIGNOS DE Sitio de afectación glandular	GLANDULAS SALIVALES n
Lobulo superficial (parotida)	33
Lobulo profundo	2
Ambos	2
Glandula submaxilar	12
Glandulas menores	11
Total	60

Tabla 3

El tipo de procedimiento más empleado para el manejo de los tumores malignos de las glandulas salivales en pacientes enviados al CMN 20 de noviembre y tratados en nuestra institución fue la cirugía y de acuerdo al tipo de procedimiento la parotidectomía total fue realizada en un 35% de los pacientes, seguido de la resección (33%) y la parotidectomia superficial (6%), lograndose un control inicial de la enfermedad en un 77%. Tabla 4

TUMORES MALIGNOS DE LA GLANDULAS SALIVALES Tratamiento TIPO DE PROCEDIMIENTO	Quirúrgico
Parotidectomia total	21
Resección	20
Parotidectomia superficial	4
Maxilectomia	3
Biopsia	3
Palectomia	3
Paladar blando	1
Encia	1
Hemiglosectomia	1
Mucosectomia	1
Tumorectomia	1
Ningun	1
Total	60

Tabla 4

De acuerdo al tratamiento recibido 19 pacientes fueron tratados con cirugía sola, y 2 con radioterapia sola, 39 pacientes recibieron tratamiento combinado encontrando que el manejo que se administro de manera más frecuente fue la cirugía con radioterapia adyuvante en 30 pacientes (50%).

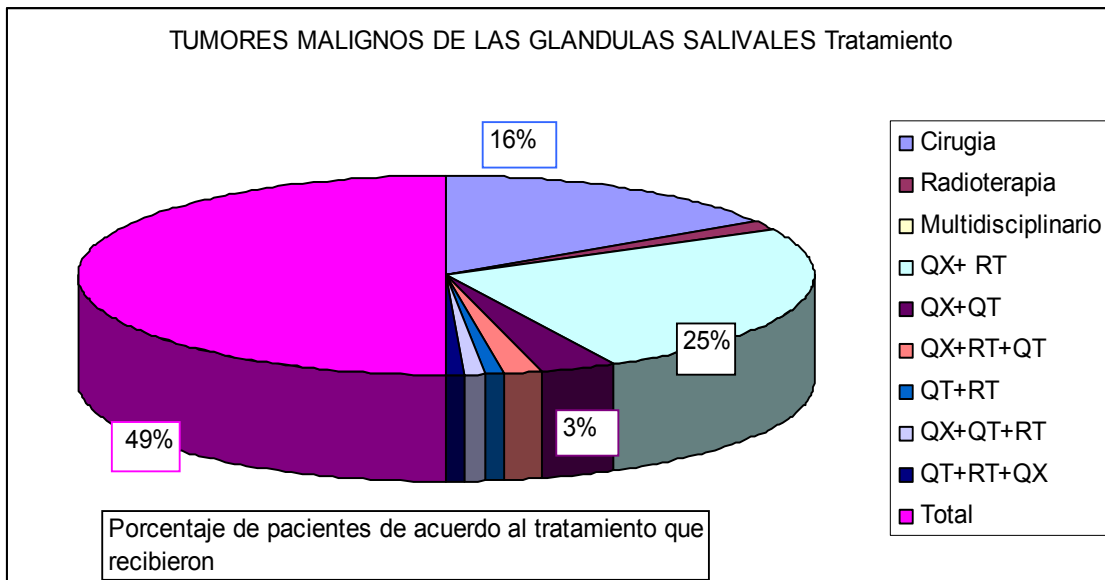


Figura 2

De acuerdo a la EC: Etapa I 7 casos; Etapa II 16 casos; Etapa III 15 casos y Etapa IV 15 casos.

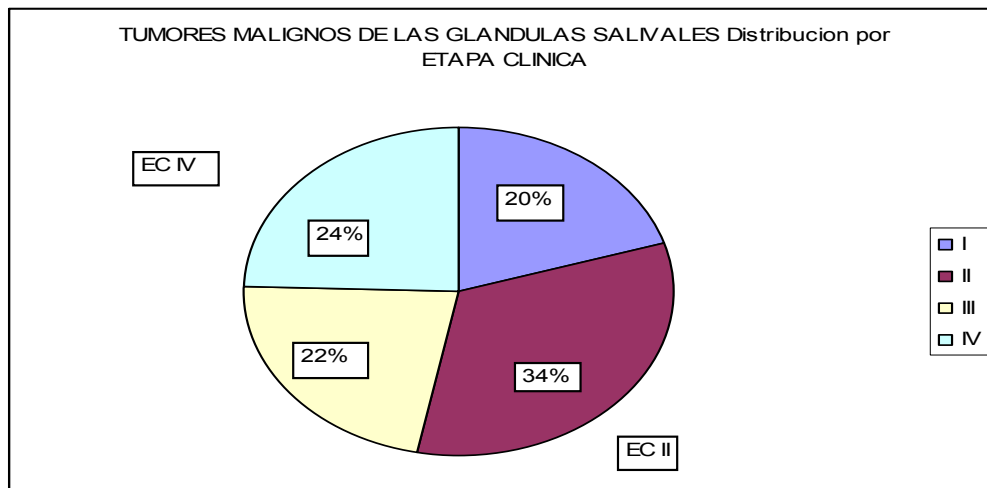


Figura 3

Con seguimiento de 1 mes a 15.5 años (media ponderada 5.4 años). Controlándose inicialmente 41 (77.4%). De los cuales recurrieron 14 pacientes controlando 6 casos (43%). 2 pacientes recurrieron por segunda ocasión controlándolos (100%). Y un paciente presento tercera recaída la cual se controlo (100%). La sobrevida global a 15 años del 58%. Clasificados de la siguiente manera: 7/7 en Estadio I (100%); 15/16 en Estadio II (94%); 7/15 en Estadio III (46.7%) y 5/15 en estadio IV (33%). Figuras 3 a 9

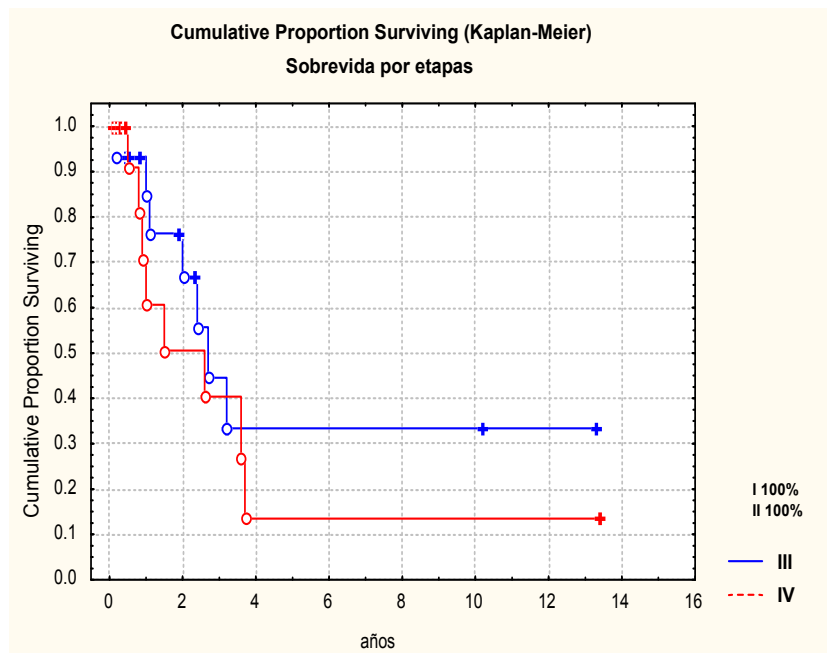


Figura 3

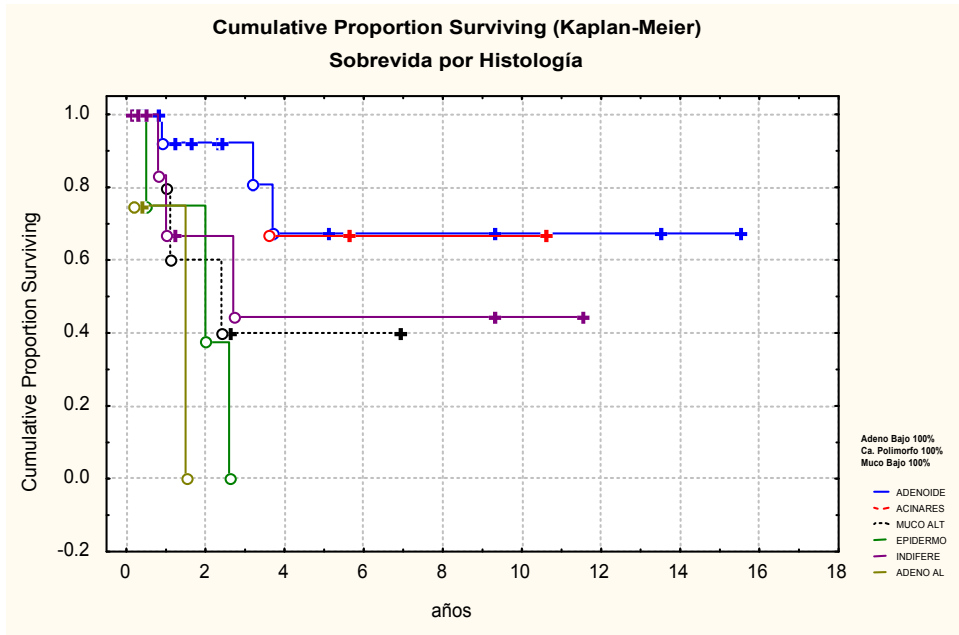


Figura 4

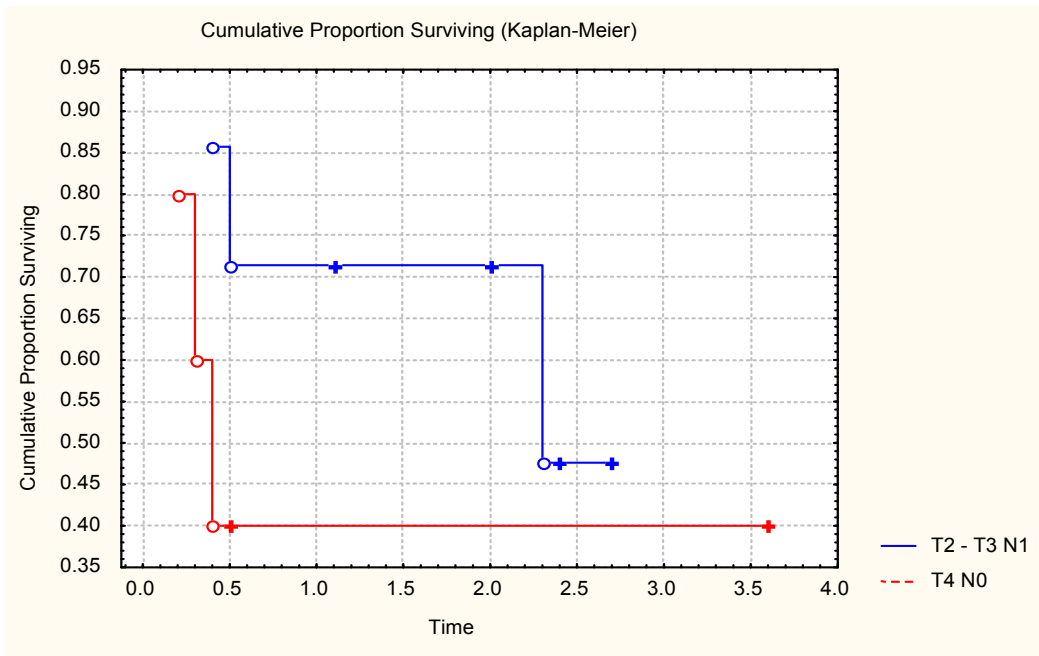


Figura 5

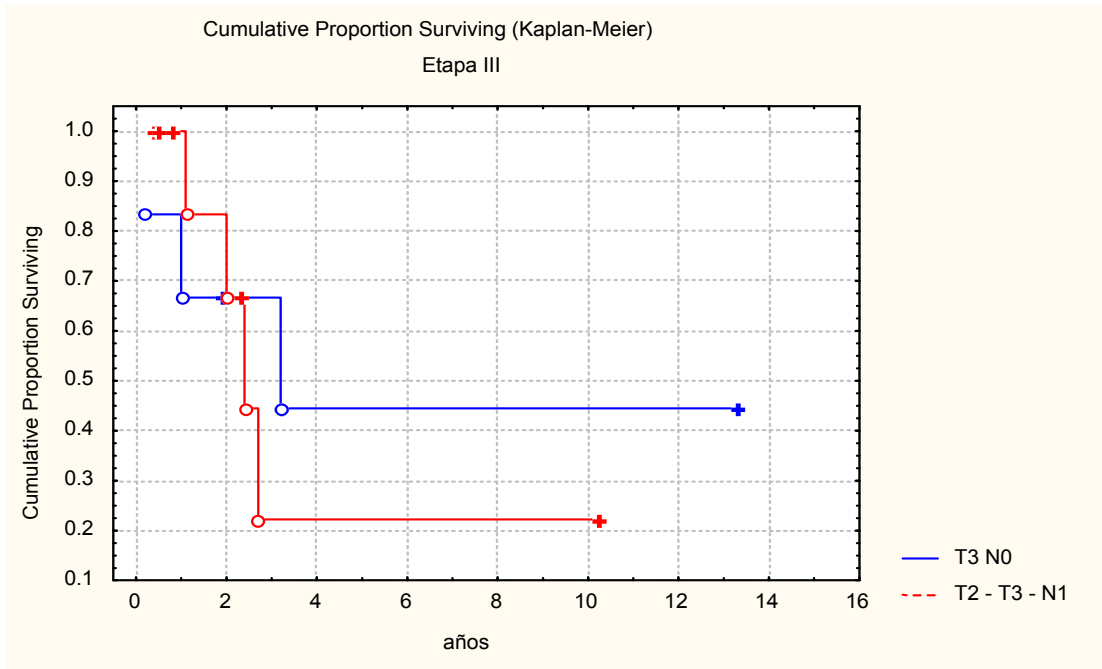


Figura 6

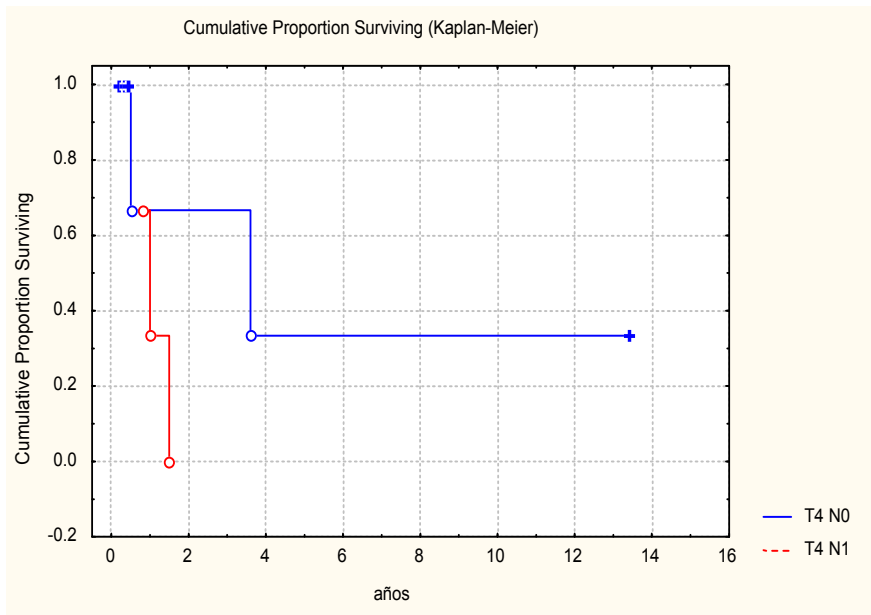


Figura 7

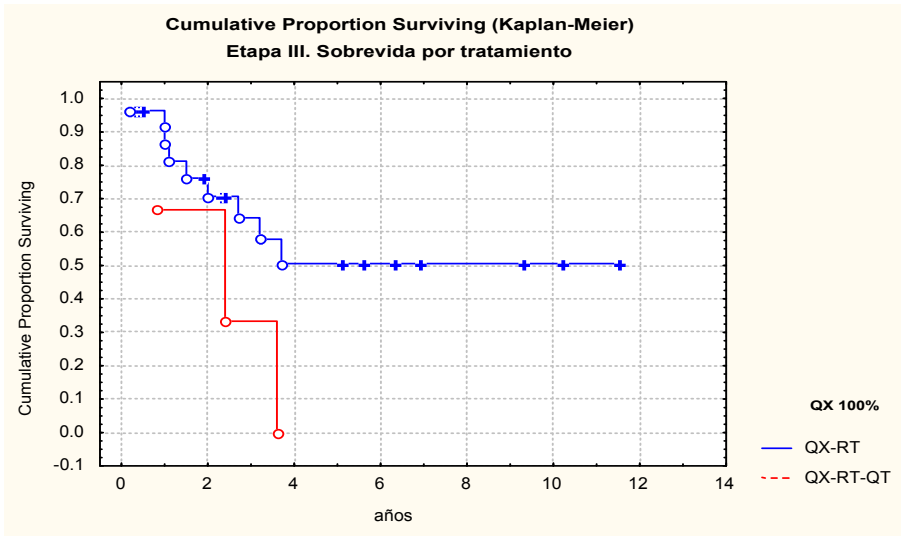


Figura 8

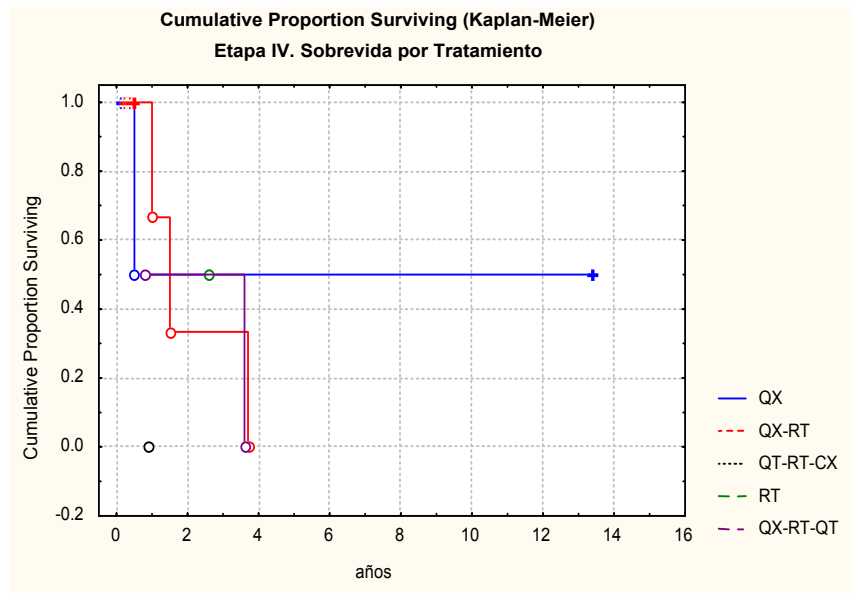


Figura 9

DISCUSION

Los tumores de glándulas salivales más frecuentes en los pacientes que acuden al servicio de tumores de cabeza y cuello del CMN 20 Noviembre ISSSTE, son principalmente de tipo benigno y corresponde en hasta un 66% a adenomas pleomorfos con una incidencia mayor en mujeres de la 5ª y 6ª década.

A diferencia de lo reportado en la literatura el subtipo histológico más frecuente de los tumores malignos en nuestro medio es el carcinoma adenoideo quístico (30%) con un rango de edad de 40 a 76ª, presentándose un mayor porcentaje de pacientes en EC II (50%).

De los pacientes con enfermedad maligna en 18 se realizó disección radical de cuello, contando con la información del número de ganglios en 16 de ellos, ya que los otros 2 fueron intervenidos en otras unidades sin tener acceso a dicho dato. En relación al número de ganglios, en 3 pacientes con DRC estos fueron negativos, 2 pacientes con un ganglio negativo, 4 pacientes con 2 a 4 ganglios positivos y 7 pacientes con más de 5 ganglios positivos.

En relación a las complicaciones en 54 pacientes no se observaron complicaciones relacionadas con el tratamiento, 6 pacientes presentaron parálisis facial, en 5 de ellos fue transitoria y solo un paciente con parálisis permanente del N. facial.

Se observaron 60 recaídas, las más frecuentes fueron a nivel local en 5 pacientes, seguidas de las regionales en 3 pacientes y 2 pacientes con recaída a distancia, otras recaídas fueron observadas a nivel de la glándula contralateral, en el lóbulo profundo, pulmonar, locoregional y en un paciente una combinación de recaída locoregional y pulmonar.

De acuerdo al tipo de recaída, el tratamiento previo y la respuesta al mismo se decidió el manejo posterior, observando que en 8 pacientes multidisciplinario incluyendo la cirugía obteniéndose en 5 pacientes adecuado control de la recurrencia.

CONCLUSION

El alto porcentaje de tumores mayores de 4 cm., tumores de alto riesgo y/o la presencia de ganglios positivos, influye en el pronóstico del paciente en quienes aun con manejo adyuvante, no se consigue un adecuado control de la enfermedad, con la inexorable progresión de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Parotid Carcinoma: Impact of clinical factors on prognosis in a histologically revised series. Godballe C, Schultz J, Krogdahl A. Møller-Grøntved, Johansen J. *Laryngoscope* 113: August 2003. 1411-17.
- 2.- Tullio A, Marchetti C, Sesenna E, Brusati R, Cocchi R, Eusebi V. Treatment of carcinoma of the parotid gland: the results of a multicenter study. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;59:263–270.
- 3.-Recurrent pleomorphic adenomas of the parotid gland: clinical evaluation and long-term follow-up R. Laskawi, T. Schott, M. Schroder. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 1998; 36: 48-51.
- 4.-Surgical management of chronic parotid disease. Moody A, Avery C, Walsh S, Sneddon K, Langdon K. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* (2000) 38, 620–622.
- 5.-Primary parapharyngeal space tumors in a Mexican cancer center. Luna Ortiz K, Navarrete-Aleman J, Granados Garcia Martín, Herrera-Gomez Angel. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;132:587-91.
- 6.-Superficial parotidectomy: technical modifications based on tumour characteristics. Papadogeurgakis N, Skouteris C, Mylonas A, Angelos, Angelpoulus P. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 2004; 32: 350–353.
- 7.-Parotidectomy for primary nonparotid diseases Ploper C, Cernea CR, Rosseti Ferraz A, Medina Dos Santos LR. ADRIAN Berenguer Regis A. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery* October 2004;131:407-412
- 8.- Primary Parotid Malignoma Surgery in Patients With Normal Preoperative Facial Nerve Function: Outcome and Long-Term Postoperative Facial Nerve Functional. Guntinas-Lichius O, Peter Klussmann J, Schroeder U, Quante G, Jungehuels M Stennert E. *Laryngoscope* May 2004;114: 949-956.
- 10.- O'Brien CJ, McNeil EB, McMahan JD, Pathak I, Lauer CS. Incidence of cervical node involvement in metastatic cutaneous malignancy involving the parotid gland. *Head Neck* 2001;23:744–748.
- 11.- Charabi S, Balle V, Charabi B, Nielsen P, Thomsen J. Surgical outcome in malignant parotid tumours. *Acta Otolaryngol Suppl* 2000;543:251–253.