

112402



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

CMN 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE

“Tumores de Glándulas Salivales Mayores”

Tesis que presenta el Dr. Enrique Delgadillo Ortiz para recibir el grado de médico especialista en Cirugía Oncológica

2004



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).

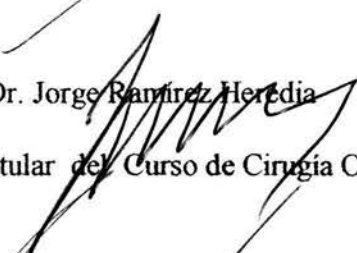
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

AUTORIZACIONES

  
Dr. Mauricio Di Silvio López

Subdirector de Enseñanza e Investigación del CNM 20 de Noviembre ISSSTE



  
Dr. Jorge Ramírez Heredia

Profesor Titular del Curso de Cirugía Oncológica

  
Dr. Héctor Gurrola Machuca

Asesor de Tesis

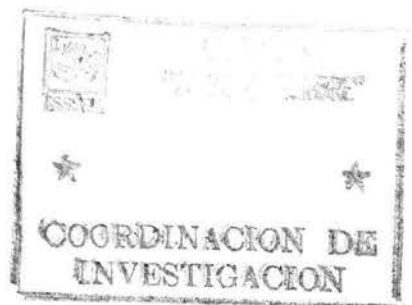
Médico Adscrito al servicio de Tumores de Cabeza y cuello

  
Dr. Enrique Delgadillo Ortiz

Médico Residente de Cirugía Oncológica



SUBDIRECCIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



Gracias a la vida por permitirme existir  
Gracias al ser humano por permitir sentirme vivo

Enrique Delgadillo Ortiz

## Summary

The tumors originates in glandulas salivary are little frequentes , constitute between 1a 5% teh total of the malignant tumors in Mèxico. 75% are of nature benigna. The surgery is the angular stone of the treatment in all stages of these tumors, the complement whit radiotherapy depends on the degree of diferentiation of the tumor , margenes and the state of the ganglios linfaticos.

Objetives : 1) The knowlege the main salivary tumorlike types that affect to glândulas salivary in our means. 2 ) the improve initial handling these patients , previous knoledge of the frequent causes. 3) to value the experience in the handling of the tumors .

Material y Métodos: The group of 53 patients in whom the following variables , age ,sex ,diagnòstico of entrance , clinica stage were considered , diagnòstico histopatològico , type of treatment and recurrence.

Results : Included 53 classified patients in agreement the AJCC , sc I 18.9% , sc II 15.1% , sc III 3.8% , sc IV 22.6% , inclasificable 39.6% , The common type histologico was the pleomorfo adenoma . The surgery accomplish in 83.1% of the patients, single chemotherapy in 5.7% , radiotherapy in 1.9% . The recurrence exist in 15.2% of the patients , the one that was variable as far as time of present, 11.3% presented persistence, 1.9% progression of the disisease.

Conclusions : The surgeryis the angular stone in the handling of these tumor and the recurrence is low

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de las glándulas salivales es un problema para el cirujano de cabeza y cuello, ya que su relativa rareza conlleva a dificultades sobre el estudio de su comportamiento biológico y respuesta al tratamiento. Motivos de que su comportamiento sea poco predictivo y por ello tengan un alto índice de recurrencia. ( 1 )

Todo el tejido de las glándulas salivales es afectado por las mismas neoplasias , pero con diferencias predecibles en los tipos según las diferentes ubicaciones anatómicas . El grupo de las glándulas salivales mayores esta constituido por ambas glándulas parótidas en las regiones preauriculares ,dos glándulas submaxilares profundas y un par de sublinguales localizadas en el piso de la boca , el resto de las glándulas salivales son consideradas como menores y se localizan en el tracto aerodigestivo superior. ( 2 )

Los tumores originados en estas glándulas son poco frecuentes , constituyen entre el 1 a 5 % del total de los tumores malignos en México . Aproximadamente 70% se desarrolla en la glándula parótida , 8% en la submaxilar y 22% en las glándulas salivales menores . El porcentaje de malignidad es inversamente proporcional al tamaño de la glándula : 20% parótida , 50% submaxilar , 80% en las glándulas menores . De los tumores parotídeos 90% se originan en el lóbulo superficial y 10% en el lóbulo profundo. ( 3 )

El riesgo de dar metástasis a los ganglios linfáticos esta dado por tamaño tumoral , variedad histológica y grado de malignidad . ( 1,3 )

En general estos tumores tienen tendencia a invadir de manera local y solo en etapas avanzadas se asocian con invasión a los ganglios linfáticos, siendo grupos afectados en los niveles I y II en caso de compromiso de las glándulas submentonianas y submaxilares y los niveles II , III y IV en caso de afección de la glándula parótida. ( 3 )

El 75% de las neoplasias de las glándulas salivales es de naturaleza benigna . Los tumores benignos mas frecuentes de las glándulas salivales son : adenoma pleomorfo (50%) , tumor de Warthin , oncocitoma y adenoma monomórfico. Los tumores malignos más habituales son : carcinoma mucoepidermoide (15%) ,carcinoma adenoideoquístico (10%) , adenocarcinoma (8%) , carcinoma de células acinares (3%) , tumor mixto maligno (5%) , carcinoma epidermoide (1%) , carcinoma anaplásico (1%) . ( 4 )

El único factor predisponente corroborado para presentar tumoración en las glándula salivales mayores es la exposición a radiación , en la mayoría de los casos se debe a pacientes que presentaron exposición por trabajo . ( 5 )

Se debe comentar que no existe predisposición por sexo ni por edad , sin embargo la parición en gente joven son menos agresivos . ( 3,5 )

El inicio de las manifestaciones es un crecimiento en la glándula afectada , orientando de manera rústica a malignidad la velocidad de crecimiento , lo que ocasionara compresión a estructuras

neurales que se localizan en medio o en la zona periférica a las glándulas afectadas , así como invasión ganglionar adyacente.

Para la evaluación de los pacientes debe realizarse una exploración acuciosa de la cabeza y cuello , biopsia por aspiración con aguja fina , si la lesión se encuentra ulcerada realizar biopsia directa , la tomografía computada esta indicada de manera única en sospecha de invasión a estructuras adyacentes , la radiografía de tórax se indica para descartar metástasis pulmonares.

La etapificación clínica se realiza conforme al American Joint Committe On Cancer (AJCC), quienes consideran IV etapas clinicas.

La cirugía es la piedra angular en todas las etapas de los tumores de glándulas salivales mayores , el complemento del tratamiento con radioterapia depende del grado de diferenciación del tumor , márgenes estrechos o positivos , tamaño tumoral y ganglios regionales tomados. La radioterapia se considera de primera instancia cuando el tumor es irresecable. La quimioterapia tiene un papel limitado por lo que se utiliza en recurrencia local , tumores irresecables y manejo de metastasis con respuesta transitoria en el 20 a 30 % de los pacientes , utilizándose de manera principal cisplatino + 5FU o cisplatino +doxorubicina + ciclofosfamida. ( 5 )

## OBJETIVOS

- 1 ) Conocer los principales tipos tumorales que afectan a las glándulas salivales en nuestro medio .
- 2 ) Mejorar el manejo inicial des estos pacientes , previo conocimiento de las causas frecuentes .
- 3 ) Valorar la experiencia en el manejo de este tipo de tumores .

## JUSTIFICACIÓN

Es un problema poco frecuente dentro de la oncología sin embargo no por ello menos importante , ya que debido a sus características biológicas tumorales estos tumores se convierten en bastante agresivos, algunos de ellos a pesar de ser de histología benigna se toman agresivos por el alto índice de recidiva presentado aun posterior a los tratamientos radicales. Motivo que origina la duda para conocer de mejor manera su presentación en este entorno y tomarse como punto de partida para su mejor comprensión y manejo.

## MATERIAL Y METODOS

Este es un estudio retrospectivo , transversal y descriptivo, en el que se revisaron los expedientes de pacientes manejados en el modulo de cabeza y cuello , del servicio de oncologia del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE, de edad variable , de diferente sexo y con presencia de tumor en las glándulas salivales mayores , ya sea de estirpe histológica benigna o maligna. Se excluyeron a los pacientes que no presentaban los criterios de inclusión , así como los que abandonaron el tratamiento, se eliminaron los pacientes que no contaban con expediente completo.

En el estudio se revisaron expedientes de 53 pacientes en un periodo comprendido del 1° de agosto de 1998 a el 31 de agosto del 2003 , considerando el sexo , edad , glándula salival afectada, diagnóstico de ingreso , diagnóstico definitivo establecido por histología en la unidad, etapa clínica , así como manejo establecido. Lo anterior especificado en las notas médicas intrahospitalarias y de consulta externa plasmadas en el expediente clínico

Para el análisis de las variables se utilizaron estadísticas de frecuencia y descriptivas.

## RESULTADOS

En este estudio se incluyeron 53 pacientes , 33 del sexo femenino ( 62.3% ) y 20 del sexo masculino (33.7% ) (cuadro 2 ). La edad promedio es de 51.4 años con una desviación estándar de 19.9 años , con edad minima de 7 años y máxima de 8 años . ( cuadro 1 y 1 A ) . Se encontró que la glándula salival mayor con más afección fue la parótida del lado derecho (45.3%), seguido de la parótida del lado izquierdo (37.7%), la submaxilar derecha (9.4%), submaxilar izquierda (7.5%) ( cuadro 3 ) . Se considero el diagnóstico de envió en que aparecieron múltiples rubros dentro de los que se encuentran en los primeros lugares : adenoma pleomorfo (22.6% ) , tumor parótideo (18.9% ) , carcinoma epidermoide (9.4% ) , carcinoma de células acinares (7.5%) entre otros . ( cuadro 4 ) . En la distribución por etapa clínica se encontró un porcentaje elevado de pacientes manejados de inicio fuera de la unidad entrando en el rubro de No Clasificables por Tratamiento Fuera de la Unidad ( NCTFU) (39.6% ) , etapa IV ( 22.6% ) , etapa (18.9% ) , etapa II ( 15.1% ) y etapa III (3.8 % ) . ( cuadro 5 ) . En lo referido a diagnóstico histológico definitivo se encontraron multiples tipos siendo los mas frecuentes : adenoma pleomorfo (34% ) , carcinoma epidermoide ( 7.5% ) , carcinoma adenoideoquistico ( 7.5% ) , linfoma no Hodgkin de células grandes ( 5.7% ) , el resto de diagnóstico variado ( cuadro 6 ) . El manejo de este tipo de problema es multidisciplinario sin embargo en el 83.1 % la cirugía fue utilizada en algún momento, en el 42.7% de los pacientes se manejaron con cirugía de manera única , así como el 5.7 % de los pacientes se manejaron con quimioterapia (QT ) de manera única , la radioterapia (RT) se manejo sola en el 1.9% de los casos , la modalidad combinada de manejo se realizo en 36.8 % de los casos , de manera obvia dependiendo de las características de cada caso . El 5.7% de los pacientes se quedaron en vigilancia , un paciente abandono el tratamiento. ( cuadro 7 ) . En lo referente a la recurrencia en el 71.7% al momento no se ha presentado recurrencia al momento, se presento progresión en 11.3% de los casos, la persistencia se presento en 1.9% , el intervalo de presentación de las recurrencias se presento de manera variada desde 3 meses (1.9% ) hasta en un caso en el cual se presento la recurrencia después de 17 años de seguimiento. ( cuadro 8 ) .

## DISCUSIONES

Se ha considerado en el transcurso del tiempo la dificultad de manejo de los tumores dependientes de las glándulas salivales mayores , ocasionado por la diversidad histológica de los mismos en donde aparecen tumores de comportamiento indolente , pero con alta capacidad de recidiva , así como la presencia de tumores bastante agresivos que ocasionan daños importantes en corto plazo y son incluso resistentes a las líneas de manejo multidisciplinario , Tal hecho es corroborado en este estudio en el cual se presentan múltiples variantes histológicas benignas y malignas . La distribución de estas tumoraciones no es definida , sin embargo se aprecia en el estudio un aumento no



considerable entre la cuarta y quinta década de la vida posterior declinación y elevación nuevamente en la octava década de la vida , en cuanto a la distribución por sexo que no se encuentra establecida , se aprecia una relación hombre –mujer de 1: 1.6 . En la realación de afección directa sobre las glándulas mayores encontramos afección en un 83% de las glándulas parótidas y poco por debajo de lo reportado en México que es del 89 % aproximado , la parótida derecha fue la mas afectada con un 45.3% del total , la izquierda se aprecio en 37.7 % , la submaxilar derecha se aprecia prácticamente a la par que la submaxilar contralateral, no encontramos afección de las glándulas sublinguales.

En relación a la presentación de inicio para etapificar de manera clínica a los pacientes , el estudio presenta un sesgo importante ya que 21 pacientes (39.6%) eran NCTF , el el resto del grupo se apreciaron 12 pacientes ( 22.6%) en EC IV , el 34 % de los pacientes se etapifico en etapas localizadas 18.9 % en EC I y 15.1% en EC II , en etapa III solo se apreciaron 2 pacientes (3.8 %).

Para la decisión terapéutica se considera el tipo tamaño del tumor , afección a ganglios , asi como el tipo histológico los dos primeros pueden ser considerados a partir de la etapa clínica el tipo histológico es especial en inicio por la gran variedad de estirpes , sin embargo en dicho estudio se apreciaron como causas frecuentes al adenoma pleomorfo (18 pacientes ) ( 34%) , el grupo de los linfomas no Hodgkin con el 9.5 % (4 pacientes ) , carcinoma poco diferenciado 5.7% (3 pacientes ) , y el resto distribuido en un grupo heterogéneo .

Dentro de la modalidad de manejo para este tipo de problema se considera ser multidisciplinario , teniendo parte importante dentro de esto la cirugía cubriendo el 83.1 % (44 pacientes ) ya sea sola o en manejo con las otras dos modalidades de manejo quimioterapia que se utilizo sola en 3 pacientes (5.7%) , radioterapia sola en el 1.9% de los pacientes (1 paciente ) , el resto de las combinaciones se realizo dependiendo de los parámetros ya descritos de etapa clínica , afección ganglionar , grado de diferenciación , así como afección a estructuras adyacentes.

En lo referente a recurrencia en 38 pacientes (71.7%) no se ha presentado recurrencia durante el tiempo de vigilancia , 8 pacientes (15.2%) se presento recurrencia la cual no presenta predominio en tiempo presentándose desde unos meses hasta en un paciente que se presento después de 17 años de seguimiento, en 11.3% ( 6 pacientes ) se presento persistencia y en un paciente (1.9%) se presento persistencia . Lo anterior considera que el manejo establecido en esta unidad el cual es de tipo multidisciplinario conlleva a tener un éxito moderado en el manejo de este grupo de patología.

## CONCLUSIONES

Las observaciones obtenidas en este trabajo son sencillas pero de interes para conocer la experiencia que se tiene en este centro hospitalario, en el manejo de esta amplia gama de patologías que comprometen a las glándulas salivales mayores , presentando así los tipos mas frecuentes que son de manera práctica los mas frecuentes ya reportados en otros trabajos , tal vez lo que seria de comentar es el índice de linfomas tipo no Hodgkin encontrado . Se considera además que el manejo multidisciplinario conlleva a un control de la enfermedad esto apoyado por el indice obtenido de pacientes en los que no ha recurrido en problema en este lapso de tiempo explorado de 5 años .

**Cuadro 1 Distribución por edad**

	Frecuencia	%
Edad 7.00	1	1.9
9.00	1	1.9
12.00	1	1.9
13.00	1	1.9
18.00	1	1.9
27.00	1	1.9
28.00	1	1.9
31.00	1	1.9
33.00	1	1.9
38.00	1	1.9
39.00	1	1.9
40.00	1	1.9
41.00	1	1.9
42.00	1	1.9
43.00	2	3.8
44.00	2	3.8
45.00	2	3.8
46.00	1	1.9
47.00	1	1.9
48.00	3	5.7
49.00	3	5.7
51.00	3	5.7
52.00	1	1.9
55.00	2	3.8
59.00	1	1.9
61.00	1	1.9
62.00	1	1.9
65.00	1	1.9
66.00	1	1.9
68.00	2	3.8
70.00	1	1.9
72.00	1	1.9
76.00	2	3.8
77.00	2	3.8
79.00	2	3.8
81.00	1	1.9
82.00	1	1.9
83.00	2	3.8
Total	53	100.0

**Cuadro 1 A Distribución por edad**

	Número de pacientes	Edad mínima	Edad máxima	Edad media	Desviación standar
Edad	53	7.00	83.00	51.4151	19.9831

**Cuadro 2 Distribución por sexo**

	Frecuencia	%
Sexo femenino	33	62.3
masculino	20	37.7
Total	53	100.0

**Cuadro 3 Afección Glandular**

	Frecuencia	%
Glándula parotida derecha	24	45.3
parotida izquierda	20	37.7
submaxilar derecha	5	9.4
submaxilar izquierda	4	7.5
Total	53	100.0

**Cuadro 4 Diagnóstico de Ingreso**

	Frecuencia	%
Diagnóstico adenocarcinoma ductal	1	1.9
adenocarcinoma poco diferenciado	2	3.8
adenoideo quístico	1	1.9
adenoma de células basales	1	1.9
adenoma parotideo	2	3.8
adenoma pleomorfo	12	22.6
carcinoma adenoideoquístico	5	9.4
carcinoma de células acinares	4	7.5
carcinoma de células indiferenciadas	1	1.9
carcinoma epidermoide	5	9.4
fibrosis	1	1.9
hiperplasia epitelial	1	1.9
linfoma no Hodgkin	2	3.8
neurofibroma	1	1.9
oncocitoma	1	1.9
quiste parotideo	1	1.9
tumor parotideo	10	18.9
tumor submaxilar	2	3.8
Total	53	100.0

**Cuadro 5 Distribución por etapa clínica**

	Frecuencia	%
Etapa clínica I	10	18.9
II	8	15.1
III	2	3.8
IV	12	22.6
NCTF	21	39.6
Total	53	100.0

**Cuadro 6****Diagnóstico histológico definitivo**

		Frecuencia	%
tipo	adenocarcinoma bien diferenciado	1	1.9
histológico	adenocarcinoma poco diferenciado	3	5.7
	adenoma monomorfo	2	3.8
	adenoma pleomorfo	18	34.0
	carcinoma adenoideoquistico	4	7.5
	carcinoma células acinares	1	1.9
	carcinoma epidermoide bien diferenciado	1	1.9
	carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado	1	1.9
	carcinoma epidermoide	4	7.5
	carcinoma linfoepitelial	1	1.9
	carcinoma mucoepidermoide de bajo grado	1	1.9
	carcinoma de células acinares poco diferenciado	1	1.9
	hiperplasia folicular	1	1.9
	inflamación y fibrosis	1	1.9
	lipoma	1	1.9
	linfoma no Hodgkin de alto grado	1	1.9
	linfoma no Hodgkin de células grandes	3	5.7
	linfoma no Hodgkin de células pequeñas	1	1.9
	carcinoma mucoepidermoide	1	1.9
	oncocitoma	1	1.9
	proceso crónico inflamatorio	1	1.9
	psialoadenitis	1	1.9
	quiste parotideo	1	1.9
	rabdomiosarcoma embrionario	1	1.9
	sin malignidad	1	1.9
	Total	53	100.0

**Cuadro 7 Distribución por tratamiento**

		Frecuencia	%
Secuencia	ABAND	1	1.9
	QT	3	5.7
	QT QX	1	1.9
	QT RT	1	1.9
	QX	25	47.2
	QX QT	2	3.8
	QX QT RT	1	1.9
	QX RT	15	28.3
	RT	1	1.9
	VIGILANC	3	5.7
	Total	53	100.0

**Cuadro 8 Recurrencia de la enfermedad**

	Frecuencia	%
Tiempo 0	38	71.7
1 año	1	1.9
17 años	1	1.9
2 años	2	3.8
3 años	1	1.9
3 meses	1	1.9
4 años	1	1.9
5 años	1	1.9
Progresión	6	11.3
Persistencia	1	1.9
Total	53	100.0

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## Bibliografía

- 1) Myers et al. " CANCER of the HEAD and NECK" . Third Edition.W.B Saunders Company . 1996. pp526-561.
- 2) De Vita y colaboradores ."CANCER , Principios y Práctica de Oncología " 5° edición vol. Editorial Médica Panamericana S.A. y ARÁN Ediciones S.A. 1997. pp 830-848
- 3) Sociedad Mexicana de Estudios Oncológicos A.C. " Tumores de Cabeza y Cuello . Diagnóstico y Tratamiento" . Edit. McGraw-Hill Interamericana 2000 . pp 101-107.
- 4) Instituto Nacional de Cancerología . " Manual de Oncología , Procedimientos Médico - Quirúrgicos " . Edit. McGraw-Hill Interamericana. 2000. pp199 – 214.
- 5) Abraham et al . "Bethesda Handbook of Clinical Oncology" Edit. Lippincott Williams & Wilkins . 2001 . pp 20-27.
- 6) Guzzo et al. " Mucoepidermoid. Carcinoma of the salivary gland". Annals of Surgical Oncology. (7) : 688-95, 2002 Aug.

## INDICE

CONTENIDO	PAGINA
Summary	1
Introducción	2
Objetivos	3
Justificación	3
Material y Métodos	3
Resultados	4
Discusiones	4
Conclusiones	5
Cuadros	6
Bibliografía	10
Indice	11