

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**“NEOPLASIAS DE GLANDULAS SALIVARES”**

**(Revisión de 123 casos del Hospital  
General San Juan de Dios de  
Guatemala, 1957-1972)**

**FRANCISCO JAVIER AGUJA ZUÑIGA**

Guatemala, Octubre de 1973.

## INTRODUCCION

El hecho de no existir ningún trabajo acerca de este tema en nuestro país y la relativa frecuencia de estas neoplasias, despertó en nosotros el interés de hacer una modesta contribución al estudio de las mismas. Apasionaba más el tema a sabiendas de que aún en éste tiempo surgen discrepancias acerca de la clasificación de estos tumores (21, 17, 25).

Así pues, se procedió a revisar 123 casos con estudio histológico adecuado y sus respectivas historias clínicas lográndose establecer de ésta manera interesantes parámetros para el medio.

La primera parte incluye un estudio general de las neoplasias mencionadas, para luego dedicar la segunda parte al extenso número de los adenomas pleomorfos y una tercera para otras neoplasias encontradas y finalmente las conclusiones que se pueden inferir de éste trabajo, que no es más que el primero de otros y más profundos trabajos que se pueden efectuar acerca del tema en nuestro país.

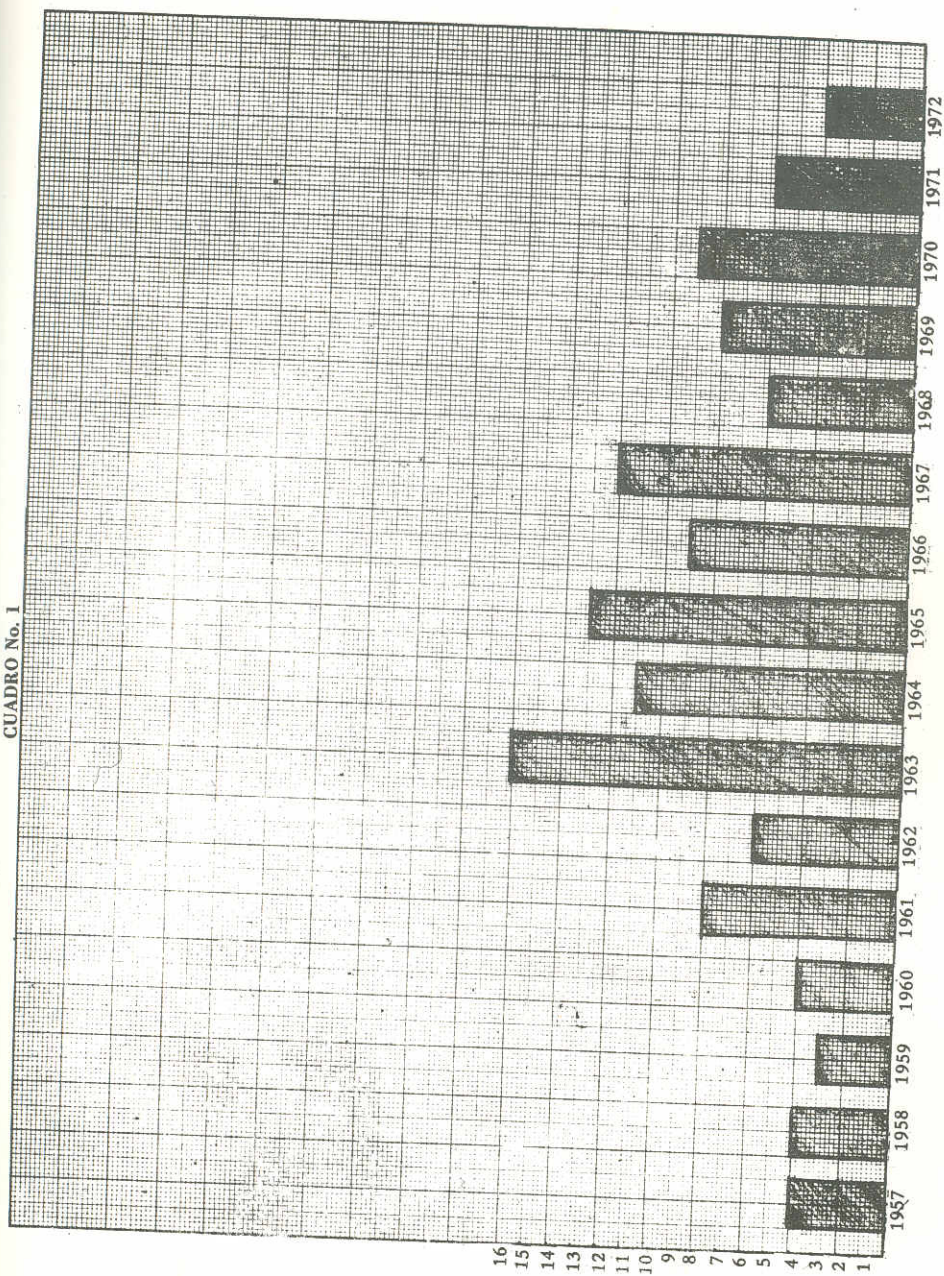
## MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo, se revisaron las historias clínicas y los protocolos de especímenes quirúrgicos, de pacientes que estuvieron Hospitalizados en el Hospital "General San Juan de Dios" de Guatemala, además de casos referidos para estudio histológico del área rural y centros como la facultad de Odontología, etc. en un período de 16 años; de febrero de 1957 a diciembre de 1972.

En dicha revisión se encontraron 123 casos de neoplasias de glándulas salivares, todos confirmados con estudio anatomopatológico, habiéndose revisado las historias clínicas correspondientes con excepción de 12 casos, que por no contar con historia clínica satisfactoria, sólo se tomaron en cuenta para los cuadros 1, 2 y 3. En cada caso se investigaron los siguientes parámetros: frecuencia por año, edad, raza, sexo, signos y síntomas, localización anatómica del tumor, clasificación y estudio microscópico de la neoplasia. Por ser estas masas localizadas relativamente superficiales y ser clínicamente evidentes, los métodos por los cuales se sospechó el neoplasma fueron exclusivamente clínicos, con raras excepciones.



CUADRO No. 1



## RESULTADOS Y DISCUSION

### Neoplasia de Glándulas Salivares 123 casos:

La incidencia de neoplasias por año de glándulas salivares observadas en nuestra serie de 123 casos en un período de 16 años, se ilustran en el cuadro No. 1.

En el podemos observar una acentuación en el número de casos vistos en el año 1963 con tendencia a disminuir en los períodos subsiguientes. Creemos que esto se deba más que todo a un mayor número de casos atendidos por nuevos centros hospitalarios o en forma particular.

El promedio de casos por año fue de 7.68.

En el cuadro No. 2 se estudian 118 casos en relación con edad y sexo de nuestros pacientes con neoplasias de G.S., omitiéndose 5 casos en los que no se tenía certeza de la edad del paciente.

### CUADRO No. 2

#### NEOPLASIAS DE GLANDULAS SALIVARES DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

| EDAD       | No. DE CASOS | MASCULINO | FEMENINO | o/o   |
|------------|--------------|-----------|----------|-------|
| 0-11 años  | 4            | 3         | 1        | 3.38  |
| 11-20 Años | 19           | 10        | 9        | 16.10 |
| 21-30 Años | 16           | 5         | 11       | 13.55 |
| 31-40 Años | 24           | 14        | 10       | 20.33 |
| 41-50 Años | 23           | 10        | 13       | 19.49 |
| 51-60 Años | 18           | 6         | 12       | 15.25 |
| 61-70 Años | 12           | 4         | 8        | 10.16 |
| 71-80 Años | 2            | 0         | 2        | 1.69  |
| Total      | 118          | 52        | 66       |       |

La edad media de nuestros pacientes fue de 38.28 años.

El mayor número de casos se encontraron comprendidos entre los 31 a 40 años de edad (20.33o/o); siguiéndole en frecuencia y en el siguiente orden la 5ta, 6ta y 2da. década de la vida. El paciente de menor edad fue de un año (hemangioma cavernoso) y el de mayor edad de 76 años (adenoma pleomorfo).

Otros autores como Morgan (13) encuentran que en la 4ta década de la vida son más frecuentes los tumores benignos (16.66o/o) y en la 5ta década los malignos, de un total de 204 casos.

Floyd (21) reporta datos similares, pero lastimosamente no se encontraron series que incluyeran la distribución por edad de neoplasias malignas y benignas conjuntamente; sin embargo en el análisis que hemos efectuado de cada uno de nuestros tipos de tumores haremos notar las similitudes con estas y otras series.

La incidencia de malignidad en nuestra serie es ligeramente inferior (18o/o) a la reportada en la literatura (9, 15, y 16).

Las neoplasias de nuestro estudio también se estudiaron según la distribución del tipo histológico en los diferentes grupos etarios; lo cual se ilustra en el cuadro No.3.

CUADRO No. 3  
NEOPLASIAS DE GLANDULAS SALIVARES  
DISTRIBUCION DEL TIPO HISTOLOGICO  
SEGUN LA EDAD

| Tipo Histológico         | 0-10a | 11-20 a | 21-30A | 31-40A | 41-50a | 51-60a | 61-70a | 71-80a |
|--------------------------|-------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Adenoma Pleomorfo        |       | 16      | 14     | 20     | 17     | 12     | 9      | 1      |
| Carcinoma en             |       |         |        |        |        |        |        |        |
| Adenoma Pleomorfo        |       |         |        | 2      | 4      | 2      |        | 1      |
| Adenocarcinoma           |       |         |        | 1      |        |        | 2      |        |
| Tumor Mucoepidermoide    |       |         | 1      |        | 1      |        |        |        |
| Carcinoma Indiferenciado |       |         |        |        |        |        |        |        |
| Linfosarcoma             |       |         |        |        |        | 1      | 1      |        |
| Cistadenoma Papilar      |       | 1       |        | 1      |        | 1      |        |        |
| Sarcoma                  | 1     |         |        |        |        |        |        |        |
| Hemangioma Cavernoso     | 1     |         |        |        |        |        |        |        |
| Hemangioma Capilar       | 1     | 1       |        |        |        |        |        |        |
| Linfosarcoma             | 1     |         |        |        |        |        |        |        |
| Lecion Benigna           |       |         |        |        |        |        |        |        |
| Linfoepitelial           |       |         |        |        |        |        |        | 1      |

En este cuadro más detallado que el anterior, encontramos una distribución aparentemente uniforme de las neoplasias malignas y benignas. A excepción de adenoma pleomorfo de el que no se encontró ningún caso en la primera década de la vida, aunque Morgan (13) reporta un caso de carcinoma en un adenoma pleomorfo a los 7 años y como dice Floyd (21), ninguna edad está libre de presentar neoplasias malignas o benignas, lo cual se confirma por los casos reportados de tumoraciones malignas en niños de corta edad (2, 15). Se hace la salvedad que en los niños los tumores de glándulas salivares más frecuentes son los de origen mesenquimático como en los casos de sarcomas, linfosarcomas, hemangiomas y linfangiomas.

En edad más avanzada, los carcinomas y adenocarcinomas son más comunes. Creemos que esto se podría demostrar en una serie de casos más grande que la nuestra.

La incidencia relativamente menor de tumores malignos en nuestra serie es evidente, pero está de acuerdo con lo que reportan otros autores (3, 10, 11, 21).

#### Sexo y Raza:

En nuestra serie hubo 66 pacientes de sexo femenino y 52 de sexo masculino, lo cual demuestra una ligera incidencia mayor en el sexo femenino. En la literatura se reportan datos similares (3, 7, 16, 21), habiendo excepciones como la de Morgan, cuya serie demuestra predominancia del sexo masculino (13), debido a casos referidos de las Fuerzas Armadas en donde predomina este sexo.

Respecto a raza se muestra en el cuadro No.4, (hacemos notar que usamos los términos "ladino" e "indígena" por ser los usados comunmente en los historiales clínicos).

CUADRO No. 4

| LADINO | INDIGENA | BLANCO |
|--------|----------|--------|
| 86     | 19       | 3      |

Al analizar este cuadro uno podría pensar que este tipo de neoplasias es menos frecuente en grupos socioeconómicos de menores recursos, pero hay que recordar que ellos no cuentan regularmente con la atención médica necesaria y que por otra parte en algunos casos son reacios a tratamiento.

Para la elaboración del cuadro No. 5 se tomó en cuenta el lugar donde residían los pacientes. No se colocaron según el municipio de residencia, sino conforme al departamento al que pertenecían, a excepción del departamento de Guatemala, que bajo el epígrafe de otros\* se colocan a los pacientes que vivían en otro lugar del departamento que no fuera la capital.

CUADRO No. 5

#### PROCEDENCIA O RESISTENCIA

|               |    |               |   |               |   |
|---------------|----|---------------|---|---------------|---|
| Guatemala     | 41 | Suchitepequez | 3 | Chimaltenango | 1 |
| Otros*        | 9  | San Marcos    | 3 | Petén         | 1 |
| Sacatepéquez  | 7  | Baja Verapaz  | 2 | Retalhuleu    | 1 |
| Huehuetenango | 5  | El Progreso   | 2 | Quezaltenango | 1 |
| Sololá        | 5  | Izabal        | 2 | Totonicapán   | 1 |
| Santa Rosa    | 4  | Quiché        | 2 | Chiquimula    | 1 |
| Escuintla     | 3  | Alta Verapaz  | 2 |               |   |
| Jutiapa       | 3  | Zacapa        | 2 |               |   |

Para fines prácticos podemos considerar como pertenecientes al área rural a todos aquellos pacientes que no viven en la capital, y así podemos observar que 41 casos, vivían en la ciudad de Guatemala y 59 pacientes en el área rural.

A continuación se analizarán por separado cada uno de los neoplasmas de glándulas salivares de nuestra serie de 123 casos.

### Adenomas Pleomorfos

De los 123 casos de tumores de glándulas salivares se encontraron un total de 83 casos (67.4o/o) de adenomas pleomorfos (tumores mixtos benignos según la antigua clasificación) y 9 casos (7.3o/o) de carcinoma en adenoma pleomorfo (tumor mixto maligno según la clasificación antigua).

Inicialmente describiremos los signos y síntomas más frecuentes encontrados en éstas neoplasias efectuando una diferenciación entre los que corresponden a los benignos y a los malignos.

Los síntomas y signos de los adenomas pleomorfos con o sin carcinoma de nuestra serie se ilustran en el cuadro No. 6

**CUADRO No. 6**  
**SIGNOS Y SINTOMAS**

| Benignos                  | No. de Casos | Malignos                    | No. de Casos |
|---------------------------|--------------|-----------------------------|--------------|
| Tumoración                | 82           | Tumoración                  | 7            |
| Movil                     | 42           | Movil                       | 2            |
| Fijo a Planos profundos   | 11           | Fijo a Planos Superficiales | 1            |
| Ulceración Mucosa Oral*   | 2            | Crecimiento                 | 5            |
| Crecimiento               | 46           | Dolor Local                 | 5            |
| Dolor Local               | 42           | Hipertermia                 | 1            |
| Disfagia                  | 7            | Masa Asintomatica           | 1            |
| Prurito local             | 3            | Dolor Irradiado a Cuello*   | 2            |
| Sialorrea                 | 2            |                             |              |
| Masa asintomática         | 20           |                             |              |
| Molestias a la            |              |                             |              |
| Masticación **            | 3            |                             |              |
| Dolor Irradiado a Cuello* | 5            |                             |              |
| Hallazgo Operatorio       |              |                             |              |
| Ocasional                 | 1            |                             |              |

\* Exclusivamente de G. parótidas

\*\* Solamente de G. Submaxilares

La presencia de masa palpable fue la regla en este tipo de neoplasma, con excepción de un adenoma pleomorfo que se encontró casualmente al reparar una herida por arma de fuego en dicha región. Hubo casos en que tanto la historia como el examen físico fueron encontrados incompletos, aunque otros datos, como estudio macroscópico de la masa post extirpación, dejaban entrever que seguramente había existido la tumoración como signo, se prefirió no incluirlos. Similares signos y síntomas ocurrieron en los otros, pero en general el cuadro nos da una visión muy aproximada de la realidad.

Los pacientes acusaron historia de masa de crecimiento lento y progresivo en la mayoría de los casos, aunque en algunos hubo períodos de estacionamiento en el crecimiento, para repentinamente crecer con sintomatología más aguda.

A este respecto se reportan casos de adenomas pleomorfos comprobados histológicamente, que después de un período de latencia o estacionario iniciaron crecimiento acelerado y progresivo, descubriéndose al efectuar nuevo estudio histológico, un cambio maligno en el neoplasma (8, 10, 21).

En ninguno de los casos diagnosticados por nosotros como tumores malignos encontramos estudio microscópico previo, por lo que no se pudo comprobar lo anterior.

Se observó que los adenomas pleomorfos frecuentemente se presentaban como masas asintomáticas no siendo así en los casos de carcinoma en adenoma pleomorfo.

Algunos investigadores (2, 11, 21) mencionan otros síntomas como paresia facial, sobre todo en casos de malignidad y lo reportan como un síntoma de mal pronóstico (compatible con alta probabilidad de afección del VII par craneano).



En síntesis los síntomas más frecuentes fueron: Dolor local (42 casos), crecimiento de masa lento y progresivo (46 casos), y disfagia (7 casos). Se hace notar que la mayoría de autores refiere que rara vez hay dolor en casos de adenoma pleomorfo (2, 8, 9, 16, 17, 21).

La distribución por edad y sexo de los adenomas pleomorfos se muestran en el cuadro No. 7.

**CUADRO No. 7**

**DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO**

| EDAD       | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL | o/o   |
|------------|-----------|----------|-------|-------|
| 11-20 Años | 8         | 8        | 16    | 19.27 |
| 21-30 Años | 4         | 8        | 12    | 14.45 |
| 31-40 Años | 9         | 10       | 19    | 22.89 |
| 41-50 Años | 5         | 9        | 14    | 16.86 |
| 51-60 Años | 5         | 7        | 12    | 14.45 |
| 61-70 Años | 2         | 7        | 9     | 10.84 |
| 71-80 Años | 0         | 1        | 1     | 1.20  |
| Total      | 33        | 50       | 83    |       |

El mayor número de casos se encontraron entre los 31 y 40 años (22.89o/o), siguiéndole en frecuencia la 2da. (19.27o/o) y 5ta. (16.86 o/o) décadas de la vida.

Los pacientes de menor edad fueron de 13 años, 2 casos, y el de mayor edad de 76 años. La edad promedio fue de 38.3 años.

Floyd reporta una edad promedio de 52 años (8), mientras que en la serie de Morgan la 3era. década tuvo la incidencia más alta de adenoma pleomorfo las observaciones de otros investigadores coinciden acerca de ésta última aseveración (14, 16 y 20).

Como puede observarse se encontró un predominio de la incidencia en el sexo femenino con 50 casos respecto a la del masculino con 33 casos.

Autores como Floyd (21) refieren que el adenoma pleomorfo ocurre en 55 a 60o/o en la mujer, otros informan de datos similares (8 y 10).

La incidencia de adenomas pleomorfos con y sin carcinoma fue prácticamente nula en la 1era. década de la vida.

Al investigarse la localización anatómica de los adenomas pleomorfos de nuestra serie encontramos los siguientes datos que se ilustran en el cuadro No. 8.

**CUADRO No. 8**

**DISTRIBUCION SEGUN EDAD Y LOCALIZACION ANATOMICA**

|            | Parotida Izquierda | Parotida Derecha | Submaxilar Izquierdo | Submaxilar Derecho | Paladar Blando | Labio Superior | Superciliar Izquierdo |
|------------|--------------------|------------------|----------------------|--------------------|----------------|----------------|-----------------------|
| 11-20 Años | 2                  | 6                | 2                    | 3                  | 1              | 1              | -                     |
| 21-30 Años | 6                  | 3                | 1                    | 3                  | -              | -              | -                     |
| 31-40 Años | 8                  | 6                | 3                    | 1                  | -              | 1              | 1                     |
| 41-50 Años | 6                  | 4                | 1                    | 2                  | 1              | -              | -                     |
| 51-60 Años | 3                  | 4                | -                    | 1                  | 3              | -              | -                     |
| 61-70 Años | 4                  | 3                | 2                    | -                  | -              | -              | -                     |
| 71-80 Años | -                  | -                | -                    | 1                  | -              | -              | -                     |
| Total      | 29                 | 26               | 9                    | 11                 | 5              | 2              | 1                     |

Como es fácil de apreciar el mayor número de neoplasias de éste tipo se localizaron en la parótida izquierda con 29 casos (39.7o/o); siguiéndole la parótida derecha con 26 casos (31.3o/o) y en 3er. lugar las glándulas submaxilares con 20 casos. No hubo ningún caso de adenoma pleomorfo bilateral en nuestra serie.

Creemos que es posible que en algunos de estos últimos casos y en otros se puede haber confundido su localización con las glándulas sublinguales, pues llama la atención que no se encontró ningún adenoma pleomorfo u otro tipo de neoplasia en las glándulas sublinguales. Se hace notar que estas tienen una muy baja incidencia de afección por neoplasias (11).

Estos datos varían moderadamente de los de otros autores (2, 7, 21) que refieren una incidencia de adenoma pleomorfo en las glándulas parótidas de alrededor de 70 a 80o/o y que en nuestra serie resulta ser de un 66o/o. Según una serie de 1778 pacientes del "Memorial Hospital for Cancer and Allied Diseases" hubo una incidencia de adenomas pleomorfos de 56.1o/o (11).

Se encontró además un adenoma pleomorfo originado en una glándula sudorípara de tipo écrino en la región superciliar izquierda.

El tamaño máximo de este tipo de tumores en nuestra serie fue de 12 cms. de diámetro localizado en la glándula submaxilar derecha y el tamaño mínimo de 0.8 cms. de diámetro en el velo del paladar blando derecho.

El promedio entre el inicio de la sintomatología y la consulta al médico fue así: Parótida derecha 3.6 años (1 caso de 26 años de evolución); parótida izquierda 2.2 años; submaxilar derecha 6.4 años (1 caso de 40 años de evolución); sumaxilar izquierda 1.8 años; velo del paladar blando 2.6 años; labio superior 7.5 años; y 1 caso en región superciliar izquierda de 5 años.

Al comparar el tiempo de evolución del proceso neoplásico con lo que mencionan otros autores (7, 8, 10, 13, 21) notamos un pequeño aumento en el tiempo de evolución de nuestros casos, por lo que adelantándonos a las recomendaciones sería deseable bajar estas cifras mediante una mejor educación de nuestros compatriotas.

## **Tratamiento:**

En 61 casos se practicó extirpación del tumor únicamente. Se practicó una parotidectomía parcial derecha en un caso; y en otros no se tiene certeza del tratamiento efectuado. No se dió radioterapia en ninguno de estos casos.

La opinión generalizada acerca del tratamiento de estas neoplasias es que el tratamiento más adecuado es la extirpación del tumor rodeado de glándula normal, con preservación del nervio facial; para evitar recurrencias.

Complicaciones post-operatorias: Hemiparesia facial en 4 casos (únicamente en tumores de parótida), fístula cutánea 1 caso, sangrado de la herida 1 caso.

Se encontraron 2 casos en los cuales hubo recidiva del adenoma pleomorfo en un tiempo de 5 años para el mayor. Respecto a ésto, algunos autores creen que este tumor no recidiva y que la recurrencia se trata de otro tumor distinto al inicial. Se reportan casos de varios adenomas pleomorfos dentro de una misma glándula (7,21).

## **Carcinomas en Adenomas Pleomorfos**

(Tumores mixtos malignos)

En nuestra serie como ya se mencionó, encontramos 9 casos de carcinoma en adenoma pleomorfo. De estos, 6 casos correspondieron al sexo masculino y 3 al sexo femenino. Otros estudios han encontrado predominancia en el sexo femenino (21,22,23).

El paciente de mayor edad fue de 72 años y el de menor edad de 35 años, siendo la edad promedio de 44.22 años; para otros investigadores esta última se encuentra de 55 a 60 años; coincidiendo nuestros hallazgos, con el hecho de que estos

tumores ocurren en personas más viejas, que en los adenomas pleomorfos.

La región donde se encontró más frecuentemente fue la glándula parótida derecha con 4 casos, luego parótida izquierda, submaxilar izquierda, y submaxilar derecha con 2, 2 y 1 caso respectivamente.

El hecho de encontrarse la mayor parte en las glándulas parótidas, confirma la observación, de que éste tipo de tumores, tanto benignos como malignos son más frecuentes en las parótidas (7,9,12,16,20,21).

El tiempo promedio de evolución entre la consulta médica y el inicio de los síntomas fue de 5.6 años.

El máximo tamaño encontrado fue de 16 X 15 X 10 cms. y el menor de 3 X 3 cms. en sus mayores diámetros.

#### **Tratamiento:**

En un caso de carcinoma en adenoma pleomorfo de parótida izquierda se dió tratamiento con Ciclofosfamida (Endoxan); este paciente tenía como antecedentes, extirpación 2 años antes de carcinoma epidermoide G II en región parietal izquierda, 1 año antes carcinoma de células basales variedad adenoide en el ala derecha de la nariz, acompañado de derrame pleural derecho con papanicolau positivo para células neoplásicas; hacia un mes, fractura patológica de tercio medio de femur izquierdo; tres meses después del tratamiento con Ciclofosfamida el paciente egresó mejorado, no se obtuvo control posterior.

En otro caso el tratamiento consistió en extirpación de T.M.M.; el cual recurrió 3 años después en la misma región (parotidia derecha). Este tumor fue clasificado como un adenocarcinoma G III-IV de tendencia papilífera, habiendo efectuado posteriormente disección radical de cuello derecho y luego radioterapia a la dosis de 6,000 r.

En los demás casos se practicó extirpación del tumor. De estos últimos, 2 se pudieron controlar 7 y 10 años después respectivamente y se encontraban asintomáticos. Del resto no se volvió a tener conocimiento.

Como complicaciones post operatorias hubo dos casos de paresia facial derecha.

Existe el consenso general, de que estos tumores son poco radiosensibles y de que en todo caso, el mejor tratamiento es el de la extirpación de la glándula y nervio facial, en caso de tumores de parótidas, y hasta disección radical de cuello, en casos avanzados. De todos modos no se desestima la radioterapia, la que se recomienda a dosis no menores de 5,000 r. Así también se tiene la idea de que la paresia facial que se acompaña en estos y los demás tipos de tumores malignos en las glándulas parótidas es un signo premonitorio de mal pronóstico y que ante éste el tratamiento es preferible que sea más radical como ya antes quedó expuesto (1,2,5,11,12,13,18,19,24,25).

#### **Adenocarcinoma**

De estos tumores 2 correspondieron al sexo masculino y 1 al femenino para hacer un total de 3.

Las edades en que se encontraron fueron a los 32, 62, y 65 años para dar una media de 53 años. Efectivamente se ha reportado predominio de 2 a 1 en el hombre respecto a la mujer y una edad promedio de 59 años (21). Los 3 se localizaron en la parótida derecha.

El tamaño mínimo de estos tumores fue de 1.5 X 2 cms. y el máximo de 4 X 6 cms.

El síntoma más frecuentemente encontrado fue dolor y el signo más frecuente fue masa seguida de crecimiento.

El tiempo de evolución promedio entre el apareamiento del tumor y la consulta al médico fue de 1.3 años.

### **Tratamiento:**

En 2 casos se practicó extirpación del tumor, y en un caso después de tratamiento relativamente conservador luego de 3 recidivas a lo largo de 3 años, se practicó disección radical de cuello derecha más radioterapia a 3,000 r. Este es el único caso que se tiene conocimiento de recidiva. En un caso, se encontró paresia facial como complicación post cirugía de resección simple del tumor.

### **Tumor Mucoepidermoide**

Se encontraron 2 casos en pacientes, de 25 y 48 años de edad, de sexo masculino y femenino respectivamente. En ambos casos, las masas estaban localizadas en la parótida derecha.

El tiempo de evolución fue de 6 años en un caso y 3 años en el otro. En la mujer se diagnosticó asociado a embarazo en el curso de la 32 ava. semana por U.R., se esperó que el embarazo llegara a término y se practicó resección de la masa 10 días después del parto. Cuatro años más tarde la lesión recidivó en la misma área, efectuándosele disección radical de cuello seguido de aplicación de 4,500r.

Creemos que la tardanza en el tratamiento de este caso fue de consecuencias funestas, sin embargo opinamos que de estar en la misma circunstancia, hubiéramos procedido de igual manera, ya que el hecho de tener una tumoración en esa región con una sintomatología mínima indicaba que lo más probable era que se tratara de un tumor benigno y los riesgos operatorios a que se exponía el feto eran de importancia. En casos como el anterior puede recomendarse efectuar una biopsia con aguja para conocer la naturaleza del neoplasma; siempre y cuando al confirmarse

malignidad se efectúe resección del área donde pasó la aguja, ya que existe la posibilidad de que esta deje siembras del tumor maligno.

En el otro caso se efectuó extirpación de la masa seguido de aplicación de 4,000 r. en un mes. Tuvo como complicación post operatoria paresia facial derecha; de las dos neoplasias ésta tuvo el tamaño máximo el cual fue de 12 cms.

En la mayor parte de casos, este tipo de tumor no presenta un curso agresivo y aún cuando hay metástasis a ganglios linfáticos locales, su respuesta al tratamiento quirúrgico es bueno; aunque en caso de alto grado de malignidad su curso es regularmente fatal (11,21,26).

Tumefacción se encontró presente en los dos casos, pérdida de peso en un caso. La piel adherida a planos profundos se encontró en un caso. El síntoma más común en los dos casos fue dolor.

Las complicaciones post operatorias fueron fístula de la piel en un caso y paresia facial en el otro.

El tiempo de evolución fue de 6 años en un caso y de 3 años en el otro.

Acerca de estos tumores ha habido frecuente confusión al clasificarlos y ha sido en las últimas décadas que se han descrito como tipo específico de neoplasias de las glándulas salivares. En series más grandes se ha encontrado una mayor incidencia en la mujer y un promedio de edad de 55 años, aunque se han encontrado en pacientes tan jóvenes como 20 meses de edad. La evolución promedio observada ha sido de 1.5 años (4,10,17,25).

Estos tumores han sido clasificados según su grado de malignidad en bajo, mediano y alto grado. Se ha encontrado que

cuando más cantidad de material mucoide se encuentre en la neoplasia, menor será la posibilidad de dar metástasis, siendo lo contrario cuando abundan los elementos epiteliales (21,26).

### **Carcinoma Epidermoide**

De este tipo de neoplasias se encontraron 2 casos, uno correspondió al sexo femenino y el otro al sexo masculino. La edad promedio fue de 57 años.

Los 2 casos estuvieron localizados en la glándula parótida izquierda.

Con respecto al tamaño no se obtuvieron datos precisos.

La tumoración y el dolor también fueron los signos y síntomas más evidentes y frecuentes.

Respecto a estos pacientes, no se sabe con exactitud si recibieron o no tratamiento quirúrgico, pero ambos recibieron radioterapia a dosis que no fue posible determinar.

En un caso el tiempo de evolución fue de 10 meses y en el otro de 3 meses. No se obtuvo control posterior de estos casos.

La edad promedio del tiempo de evolución más o menos coinciden con los reportados por otros autores (4,5,14, y 21).

Este tipo de tumor es sumamente agresivo, produciendo parálisis facial en un 50o/o de los casos. Más de un 60o/o de los casos experimentan recurrencias y hay ulceración de la piel en un 50o/o de los pacientes (4 y 21).

En nuestra serie donde es evidente el escaso número de este tipo de tumor, esto no pudo ser confirmado.

Nuestros dos casos fueron diagnosticados histológicamente como carcinomas indiferenciados, indudablemente debido al alto grado de indiferenciación (4,5,9,21).

Se recomienda investigar un neoplasma primario en las áreas adyacentes a la glándula, siempre que esta neoplasia ocurre, ya que muchas veces así se origina en la piel o áreas circunvecinas (21).

### **Cistoadenoma Papilar Linfomatoso (Tumor de Warthin)**

A este tumor se le ha dado el nombre de adenolinfoma (26), cosa que creemos incorrecta ya que este término implica un tumor maligno.

Se encontraron dos casos de este tumor, uno en una persona de sexo masculino de 21 años y el otro en uno de sexo femenino de 55 años.

El tiempo de evolución en un paciente fue de 1 año y en el otro de 4 meses. En el hombre la localización no fue determinada con precisión (pieza mandada para estudio por la facultad de Odontología) y solamente se le identificó como masa en mucosa labial; en la mujer la masa estaba localizada en la parótida izquierda.

En este último caso se efectuó parotidectomía y hubo parálisis facial izquierda como complicación post operatoria. Diez años después la paciente tuvo un melanoma maligno en el pie izquierdo, pero seguía asintomática respecto a su problema anterior.

En el otro caso se efectuó únicamente extirpación de la masa y no se obtuvo control posterior.



Este tumor es casi exclusivo de las glándulas parótidas y de carácter benigno. Es reportado en la literatura como más frecuente en hombres que mujeres y el promedio de edad es de alrededor de 51 años (21,26).

En nuestra serie la tumefacción y el dolor estuvieron presentes así como cambios tróficos en la piel se encontraron en un caso.

El tiempo de evolución en un caso fue de 2 años y en el otro de 4 meses.

### Linfosarcoma

Se encontraron tres casos de linfosarcoma. Dos correspondieron al sexo femenino y un caso al sexo masculino. En el hombre ocurrió a la edad de 12 años y en las otras a los 40 y 56 años.

En la parótida derecha se localizaron 2 y en la izquierda 1, las manifestaciones fueron: Tumoraición en todos los casos, disfagia en 1 y crecimiento evidente en 1. (Que sepamos no había enfermedad diseminada en nuestros tres casos de linfosarcomas).

En un paciente el tratamiento consistió en extirpación, en otro biopsia seguido de radioterapia hasta completar 4,000 r. y en el otro caso extirpación seguido de radioterapia con 1,800 r. No se obtuvo control posterior de estos pacientes.

El tiempo de evolución fue de 1 año en una de las personas, 9 meses en otra y en el otro caso se desconoce.

### Sarcoma

Se encontraron dos casos, los cuales correspondieron al sexo masculino; uno se encontró a los 6 años y el otro a los 26 años.

La evolución fue de un año en los dos casos.

Ambos casos se localizaron en las parótidas, uno en la derecha y el otro en la izquierda.

En los dos casos hubo dolor y tumoración, en un caso disfagia y en el otro crecimiento evidente, uno de los tumores estaba fijo a planos profundos y superficiales.

La neoplasia que ocurrió en el niño, llegó a invadir prácticamente toda la orofaringe y se le dió tratamiento con telecobalto a dosis que no se pudo determinar. En el otro paciente se efectuó también tratamiento con telecobalto; no se obtuvieron controles posteriores de éstos pacientes.

Este tipo de tumor al igual que el anterior es sumamente raro en las glándulas salivares y en algunos casos su origen está en los tejidos adyacentes de la glándula (21). Creemos que estos neoplasmas se deben incluir entre el grupo de tumores no epiteliales, según la clasificación aceptada mundialmente (26).

### Adenoma Oxífilo

Únicamente se encontró 1 caso de este tipo de neoplasia, también llamado Oncocitoma o tumor de Meza Chávez; y se presentó en una paciente de sexo masculino de 84 años de edad, localizándose en el paladar óseo derecho. Este tumor tenía 5 meses de evolución y únicamente se había manifestado como una tumefacción sin ningún otro signo o síntoma.

El tratamiento consistió en extirpación del mismo.

Este tipo de tumor se comporta regularmente en forma benigna cuando ocurre en las glándulas parótidas, que es donde se ha reportado más frecuentemente. Cuando ocurre en otros lugares como tracto respiratorio superior, paladar blando y senos maxilares, su comportamiento local es sumamente agresivo (6 y 9).

## Hemangiomas

Encontramos 2 casos de hemangioma cavernoso y 1 caso de hemangioma capilar. Los 2 primeros se localizaron, uno en la parótida izquierda y el otro en la parótida derecha y ambos se dieron en pacientes del sexo femenino. El hemangioma capilar se encontró en un paciente de sexo masculino de 7 años de edad y se localizó en la región parotidia, sin que se sepa exactamente en que lado.

Los signos y síntomas, en todos los casos fueron la presencia de tumefacción acompañada de dolor en 2 casos y crecimiento marcado en el otro.

En un caso el tiempo de evolución fue de 4 años, en otro de 3 meses y en un tercero 15 días.

El tamaño máximo encontrado fue una masa de 5 X 4 X 3.5 cms.

El tratamiento efectuado en los 3 casos fue la extirpación.

## Linfangioma

Se encontró un caso en un paciente de sexo masculino, de 15 meses de edad, el cual había presentado el tumor aparentemente desde su nacimiento. Este se localizaba en la parótida izquierda y únicamente había manifestado tumoración y crecimiento. Al examen se le encontró fijo a planos profundos.

Se efectuó extirpación del tumor y se reporta paresia facial izquierda como complicación post operatoria.

## Lesión Linfoepitelial Benigna

Encontramos un caso de un paciente de 55 años de edad del sexo femenino, el cual había presentado la masa por espacio de 3 años y únicamente había presentado, además de su presencia física, un moderado crecimiento. Su localización anatómica era en la parótida derecha, el tratamiento consistió en extirpación del mismo.

Esta lesión es más frecuente en la mujer y se considera secundaria a cambios inflamatorios sobre todo en las glándulas parótidas (21).

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- a) La incidencia de neoplasmas de glándulas salivares en el Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala es similar a la observada en otros países.
- b) La edad de nuestros pacientes con neoplasmas de glándula salivar es relativamente más baja en relación con lo observado por otros investigadores. En lo que concierne al sexo la distribución fue igual.
- c) De los síntomas y signos, el dolor y el tumor fueron los más frecuentes; con un tiempo de evolución que osciló entre un mes y 40 años. La presencia de paresia o parálisis del nervio facial, es un signo de mal pronóstico, ya que por lo general indica la presencia de un proceso neoplásico maligno que lo ha invadido.
- d) La frecuencia de los diferentes tipos histológicos y la distribución anatómica de estos tumores fue similar a lo informado por otros investigadores. Llamó la atención la ausencia de estos neoplasmas en las glándulas sublinguales.
- e) Una vez más se confirma la poca agresividad de este tipo de tumores, razón por la que se considera hacer una revisión o estudio comparativo acerca del tratamiento de los mismos.
- f) Es conveniente mejorar las historias clínicas y descripciones de la técnica operatoria, ya que errores o defectos de los mismos dan lugar a una mala interpretación de los casos y al hacer una revisión como la actual dejan muchas dudas acerca del cuadro clínico y del tipo de tratamiento instituido.
- g) Es conveniente divulgar entre la población los síntomas y signos del cáncer en general y de este tipo de neoplasias en particular.

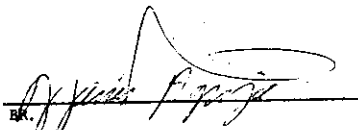
- h) Se sugiere se establezca una clínica de tumores para el control de estos casos.
- i) Formar conciencia entre el personal médico, para médico y estudiantes de la necesidad que existe de que nuestra población hospitalaria se le instruya para que vuelva a sus controles de rutina, para así tener una mejor idea del curso de las diferentes entidades nosológicas que afectan a nuestro país.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ahlbon, H.E.: Mucous and salivary gland tumor; clinical study with special reference to radiotherapy, Actaradial (Suppl. 23): 1, 1953.
2. Ash, J.E.: Mixed tumors of salivary gland type, preliminary report, Am. J. Orthodont. 33:522, 531, 1947.
3. Bayer, W.H., and Bayer, J.D.: Classification of glandular tumors of salivary glands, Arch. Path. 551: 328, 1953.
4. Bernier, J.L.: Mucoepidermoid tumors of the salivary glands, J. Oral Surg. 4: 153, 1946.
5. Buxton, R.W., Maxwell, J.L., and French, A.J.: Surgical treatment of epithelial tumors of the parotid gland, S.G.O. 97: 401, 1953.
6. Cohen, Merrill A., and John G. Batsakis, Oncocytic Tumors (Oncocytomas) of minor salivary glands. Arch. Otolaryng. 88 (1): 1-118, July 1968).
7. Cordray, D.P.: Mixed tumors of the region of the head, Arch. Otolaryng. 49: 631, 1949.
8. Eneroth, Carl-Magnus: Histological and clinical aspects of parotid tumors, Acta Oto-laryng, Suppl. 191: 26-31, 1964.
9. Foote, F.N., and Frazell, E.L., Atlas of tumor pathology, 4 (2): 953-959. 1954 (Washington, D.C.: U.S. Armed Forces Institute of Pathology).
10. Foote, F.W., Jr., and Frazell, E.L.: Tumors of the major salivary glands, Cancer 6: 1065, 1953.

11. Frazell, Edgar L., Cancer management. IN HIS: Observations on the management of salivary gland tumors. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1968. pp. 327-332.
12. McEachen, D.G. et al.: Lesions of the salivary glands. S.G.O., 106:665, 1958.
13. Morgan M.N. et al. Tumors of salivary glands; a review of 204 cases with 5 year follow up. Brit J. Surg. 55:284-8, Apr. 68.
14. Mustard, R.A., and Anderson, W. Tumors in the parotid region, Ann Surg. Vol 6: 159, 291. 1964.
15. Patey, D.H., and Thackray, A.C.: The pathological anatomy and treatment of parotid tumours with retropharyngeal extension (dumb-bell tumours), Brit. J. Surg. 44:352-358, 1957.
16. Rhoads E. Jonathan et al. Principios y práctica de cirugía, traducido por Santiago Sapiña Renard, 4a. ed. México, Nueva Editorial Interamericana, S.A. 1972. pp. 1216-1219.
17. Robbins, Stanley L., Tratado de patología, traducido por Homero Vela Treviño, 3a. ed. México, Edit. Interamericana, S.A. 1968. pp. 737. 739.
18. Shaheen O.H. et al. Panel discussion salivary gland tumours. J. Laryngol. Otol. 85:1288-93, Dec. 1971.
19. Shumrich, Donald A: Concinnati: treatment of malignant tumors of minor salivary glands. Arch. Otolaryng. 86 (1): 43-54, Oct. 6, 1967.
20. Smith, J.E.: Tumors of the salivary glands. with a review of 150 cases, Oral Surg. 13:850-857, 1960.
21. Smith James Floyd; Histopathology of salivary gland lesions, Philadelphia, J.B. Lippincott, 1966. pp. 6-160.
22. Smith, J.F.: Classification of major salivary gland lesions, Arch. Otolaryng. 80: 322-349, 1964.
23. Smith, J.F.: Malignant pleomorphic adenoma with metastasis, Oral Surg. 15: 1109, 1962.
24. Smith, J.F., and Dixon, Richard: Malignant mixed tumor of the accessory salivary glands of the palate. J. Oral Surg. 20:320, 1962.
25. Smith, J.F. and Yoon, Kin: Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland in a 20 - month-old child, Oral Surg. 15:1113, 1962.
26. Thackray, A.C. y L.H. Sobin. Tipos histológicos de tumores de las glándulas salivales. EN SU: Clasificación histológica internacional de tumores. No. 7. Ginebra, OMS, 1972.

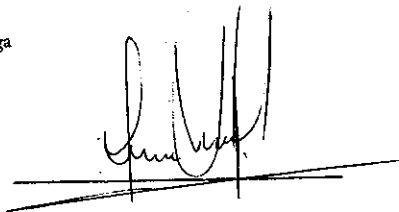
Vo.Bo. Ruth Ramírez de Amaya  
Bibliotecaria



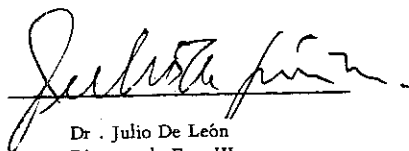
Br. F. Javier Aguja Zúniga



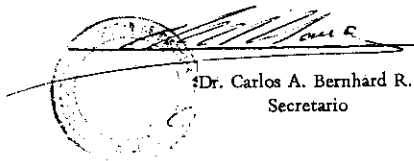
Dr. Federico Castro Maldonado  
Asesor



Dr. Isaias Ponciano  
Revisor

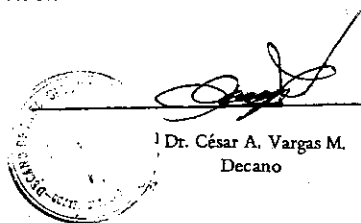


Dr. Julio De León  
Director de Fase III



Dr. Carlos A. Bernhard R.  
Secretario

Vo. Bo.



Dr. César A. Vargas M.  
Decano