

PATOLOGIA QUIRURGICA NO TUMORAL DE GLANDULAS SALIVARES

2816

* Dr. Luis Pacheco Ojeda

Las glándulas salivares son túbuloacinares y se originan en invaginaciones ecto y endodérmicas. Existen 3 pares de glándulas salivares principales y de 700 a 1000 glándulas menores o accesorias diseminadas en la mucosa de vías aerodigestivas superiores (VADS), es decir, cavidad oral, laringe, tráquea, nariz, senos paranasales y faringe (1,2).

La patología de estas glándulas tiene sus particularidades, así, la de la parótida es más comúnmente tumoral y la de la submaxilar inflamatoria (3). En uno y otro caso la cirugía está frecuentemente indicada.

En el presente trabajo analizaremos una serie de casos cuya presentación clínica fue aparentemente tumoral y que por una u otra razón fueron sometidos a algún acto quirúrgico.

Material y Métodos

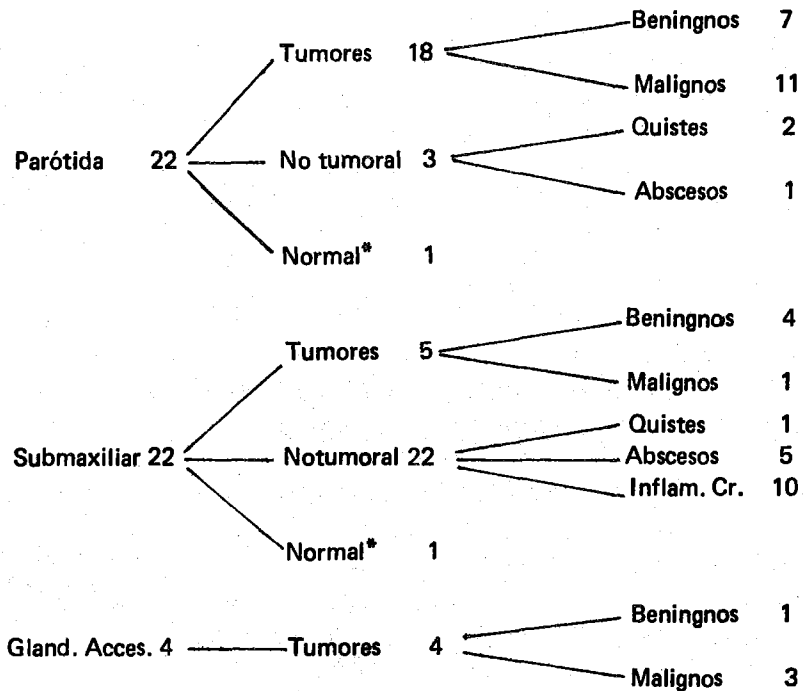
Durante un período de 3 años, de Diciembre

de 1979 a Septiembre de 1982, acudieron a los servicios de Oncología y ORL del Hospital "Carlos Andrade Marín" de Quito 43 pacientes con lesiones aparentemente tumorales de las glándulas salivares. Hemos añadido 5 casos observados en consulta privada. Todos ellos fueron sometidos a algún tipo de acto quirúrgico. No hemos considerado los frecuentes quistes salivares de mucosa de VADS.

En el cuadro No. 1 aparecen las diferentes entidades nosológicas encontradas. 27 casos correspondieron a tumores (12 benignos y 15 malignos) y serán estudiados posteriormente. 19 casos fueron lesiones no tumorales y en 2 casos no se halló patología salivar.

Tres pacientes presentaron quistes. El primero, un quiste de retención hemorrágico de unos 3cm. a nivel de parótida, fue tratado mediante parotidectomía superficial con disección del facial.

CUADRO No. 1 DISTRIBUCION DE LA PATOLOGIA EN 48 CASOS DE LESIONES APARENTEMENTE TUMORALES DE GLANDULAS SALIVARES



* Parotidectomía incluida en un vaciamiento de melanoma maligno y submaxilectomía por sospecha de localización linfomatosa supradiafragmática.

En el cuadro No. 2 aparecen los tipos de cirugía realizados en la presente serie.

CUADRO No. 2 INTERVENCIONES REALIZADAS EN EL GRUPO DE PACIENTES CON PATOLOGIA NO TUMORAL DE GLANDULAS SALIVARES.

Patología	Intervención	No. Casos
Quistes	Parotidectomía superficial	1
	Marsupialización	1
	Submaxilectomía	1
Abscesos	Drenaje	6
Submaxilitis crónica	Submaxilectomía total	9
	Submaxilectomía parcial	1
Total		19

El segundo, de unos 7cm. consecutivo a una sección del Stenon fue tratado mediante una nueva derivación a la cavidad bucal. El tercero, de localización submaxilar, correspondió a una tumoración de 10 x 5 x 4 cm, blanda que se había presentado en un niño de 6 años de edad; el tratamiento fue de submaxilectomía.

Seis pacientes fueron referidos por presentar lesiones aparentemente tumorales inflamatorias en los que se deseaba descartar un proceso linfomatoso. Uno de ellos, a nivel de parótida y de tamaño pequeño fue drenado bajo anestesia local para evitar lesionar alguna rama del facial. Los otros casos fueron de localización submaxilar, de gran tamaño y con trismus importante (Fig. 1): uno de los pacientes estaba en tratamiento de un linfoma abdominal. El drenaje se realizó bajo anestesia general.



Fig. 1 ABSCESO SUBMAXILAR

Los diez pacientes restantes presentaron un cuadro clínico caracterizado por tumoraciones submaxilares de 1 a 4 cm de diámetro mayor, de 2 semanas a 5 años de duración, de tamaño constante o crecimiento lento, de consistencia dura, móviles. En 5 casos se realizaron radiografías de partes blandas hallándose imágenes de cálculos en 2 y opacificaciones sin calcificaciones en las restantes. En 3 casos se realizaron sialografías submaxilares hallándose ectasia ductal y estenosis del

Wharton en un caso y "stop" del material de contraste en los otros dos. Se realizaron 8 submaxilectomías totales bajo anestesia general, una bajo anestesia local y otra parcial bajo anestesia local. La única complicación fue de paresia de la rama marginal del facial de 4 a 6 semanas de duración. El estudio histológico de los 10 especímenes demostró inflamación crónica asociada a veces a una atrofia de los acinos. En 3 casos se hallaron cálculos (Fig. 2 y 3).



Fig. 2 LITIASIS SUBMAXILAR

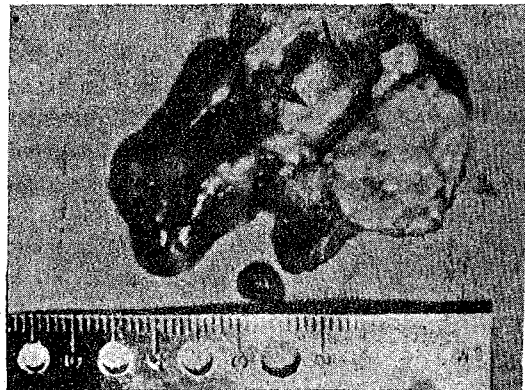


Fig. 3 ESPECIMEN DE SUBMAXILECTOMIA EN EL QUE SE APRECIAN SIGNOS DE INFLAMACION CRONICA Y UN CALCULO EN EL CENTRO.

Discusión

La sialadenitis o inflamación de las glándulas salivares cuando es de carácter agudo puede ser epidémica (paperas) o bacteriana. Esta última puede resultar de traumatismos, infecciones en áreas vecinas y ocasionalmente de bacterimia. La inflamación de un conducto (sialodocuitis) o la obstrucción por cálculos (sialolitiasis) son factores contribuyentes importantes en los procesos agudos o crónicos (4).

En los procesos inflamatorios crónicos la glándula aumenta permanentemente de tamaño por el exudado y los cambios proliferativos del tejido conectivo; simultáneamente ocurre atrofia de los acinos por el estroma fibroso (4). Este aumento de tamaño y consistencia glandular han llevado a nuestros pacientes a consultar a fin de que se descarte un proceso tumoral. Estos procesos crónicos ocurren con frecuencia en la submaxilar y su asociación eventual con cálculos se debe al trayecto más largo y tortuoso del Wharton en relación al Stenon (5). La palpación bimanual es muy útil para el diagnóstico. Igualmente la sialograffa. Un 80 o/o de cálculos del Wharton y un 60 o/o de los del Stenon son radiopacos (2). En la litiasis, la incisión y eliminación del cálculo por vía bucal ha sido propuesta como terapia de elección. La extirpación glandular se indica en casos de agudización de síntomas y sospecha de tumor (2, 3, 5).

Las infecciones agudas pueden presentar un cuadro inflamatorio importante con formación de absceso. Esto ocurre con más frecuencia a nivel submaxilar y nosotros lo hemos observado en nuestra experiencia. Pero a nivel parotídeo puede ser de gravedad (2). El drenaje debe hacerse cuidando de no lesionar una de las ramas del facial. Johns (2) recomienda realizar una submaxilectomía una vez que el proceso agudo ha remitido.

Los quistes de retención de origen no determinado son raros. En nuestros dos casos el tratamiento quirúrgico dio la solución definitiva. En nuestra serie no hemos tenido casos de rínula.

La patología pseudo-tumoral de glándulas salivares debe ser sometida a una evaluación clínica y paraclínica adecuada. La gammagraffa salivar que no hemos utilizado nosotros podría ser de gran ayuda diagnóstica. En caso de optar por un tratamiento quirúrgico si se realiza especialmente bajo anestesia general y con un manejo cuidadoso del facial las complicaciones y secuelas son mínimas.

BIBLIOGRAFIA

1. SABISTON D.: *Davis-Christopher Textbook of Surgery*. 10th ed. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1972, pag. 1266 - 1267.
2. JOHNS M. E.: *Infections and Tumors of the Salivary Glands: the Best Way to Treat Them*. *Geriatrics* 35(7): 79 - 85, 1980.
3. PATEL J - C.: *Pathologie Chirurgicale*. Paris, Masson et Cie., 1971, pag. 328 - 338.
4. ROBBINS S.: *Pathologic Basis of Disease*. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1974, pag. 892 - 894.
5. STROME M.: *Glándulas Salivares*. En *Diagnóstico Diferencial en Pediatría ORL*. Barcelona, Salvat Ed., 1979, pag. 205 - 211.

* Cirujano Oncólogo del Hospital "Carlos Andrade Marín", Profesor Auxiliar de Anatomía.