

COMUNICACIÓN

Afecciones quirúrgicas de las glándulas salivales mayores. Algoritmo diagnóstico-terapéutico

Surgical conditions of the major salivary glands. Diagnostic and therapeutic algorithm

Dr. Rubén Rodríguez Jiménez¹

Dr. Rafael Michel Coca Granado²

Dr. Yuniesky Jiménez Rodríguez³

¹ Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: rafaelgc@hamc.vcl.sld.cu

² Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Cirujano Oncólogo de cabeza y cuello. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: rafaelgc@hamc.vcl.sld.cu

³ Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial y en Estomatología General Integral. Cirujano Oncólogo de cabeza y cuello. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: rafaelgc@hamc.vcl.sld.cu

RESUMEN

El tratamiento de las afecciones quirúrgicas de las glándulas salivales mayores ha sido una actividad cotidiana del Servicio de Maxilofacial desde su fundación en la década de los 60 hasta estos días. La intervención quirúrgica es el tratamiento de elección en la enfermedad tumoral, mientras que en los procesos litiasicos han surgido otras técnicas no cruentas que han enriquecido el arsenal terapéutico. Conocido el comportamiento clínico y biológico de las afecciones tratadas se ha diseñado un protocolo de actuación con el algoritmo diagnóstico-terapéutico indicado en cada caso para adoptar una conducta uniforme en el estudio y el tratamiento de estas enfermedades y para lograr una curación efectiva y definitiva.

Palabras clave: glándulas salivales/cirugía

ABSTRACT

The treatment of surgical diseases of the major salivary glands has been an everyday activity of Maxillofacial Service since its foundation in the 60s to this day. Surgery is the treatment of choice in tumor disease while in lithiasic processes

have been other noninvasive techniques that have enriched the therapeutic arsenal. Known clinical and biological behavior of the conditions being treated it is designed a protocol with the diagnostic and therapeutic algorithm indicated in each case to adopt a uniform behavior in the study and treatment of these diseases and to get an effective and definitive cure.

Key words: salivary glands/surgery

Dentro de las afecciones de las glándulas salivales mayores las neoplasias ocupan un lugar prominente, algo que se muestra en la literatura revisada.¹⁻⁴

Las neoplasias con alta incidencia en la parótida abarcan un grupo de enfermedades benignas y malignas que suelen acarrear dificultades en cuanto a su diagnóstico y su tratamiento; es el adenoma pleomorfo o tumor mixto el exponente principal de estos tumores.^{2,5}

La intervención quirúrgica, que es el procedimiento de elección para el tratamiento de estos tumores, ha experimentado cambios sustanciales pues las intervenciones quirúrgicas limitadas como la enucleación y las exageradamente extensas como la parotidectomía radical han quedado reservadas solo para un pequeño grupo de afecciones.

Aunque las exigencias oncológicas están por encima de cualquier consideración estética en la mayoría de los casos se puede y se debe garantizar la preservación de la función facial; toda parotidectomía debe enfrentarse desde el punto de vista oncológico y, al mismo tiempo, estético. Se puede afirmar que este procedimiento quirúrgico es, sobre todo, una auténtica disección nerviosa que combina delicadeza y precisión y que constituye uno de los orgullos de la Cirugía cervicofacial.⁶⁻⁸

Mientras que la enfermedad tumoral predomina en las parótidas (63%), en las glándulas submaxilares y sublinguales se observan procesos infecciosos, litiásicos e inflamatorios en el 85% de los casos.^{2,5}

La glándula submaxilar, que ocupa el compartimento submaxilar suprahiodeo lateral, también es asistida desde el punto de vista quirúrgico. Son la inflamación crónica litiásica y la litiasis del conducto de Wharton, sin lugar a dudas, las indicaciones más frecuentes de intervención quirúrgica.

El tratamiento quirúrgico, menos engorroso que el de la parótida, debe realizarse un tiempo después del episodio infeccioso para facilitar la intervención; a pesar de todo la disección de la glándula suele ser laboriosa y hemorrágica debido a las alteraciones inflamatorias y posteriormente cicatrizales producidas por cada absceso infeccioso.

Aunque la enfermedad tumoral atañe ante todo a la intervención quirúrgica, otras técnicas no cruentas actualmente también forman parte del arsenal terapéutico: la endoscopía y la litotricia intracorpórea.^{6,9,10}

En el Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milán Castro", de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, esta actividad quirúrgica ha estado reservada, casi exclusivamente, al Servicio de Cirugía Maxilofacial, por lo que se recibe un gran número de pacientes afectados por esta enfermedad. Por tal motivo se ha diseñado un protocolo de actuación en aras de adoptar una conducta uniforme en el diagnóstico y el tratamiento de estas afecciones que permita una curación efectiva y definitiva.

DEFINICIÓN

Neoplasias, quistes, procesos inflamatorios crónicos y condiciones pseudotumorales de las glándulas salivales mayores.

ETIOPATOGENIA

I-*Neoplasias:*

- a) Formas epiteliales benignas y malignas a partir de células del conducto excretor salival
- b) Formas glandulares benignas y malignas a partir de células de la unidad glandular salival
- c) Formas mesenquimatosas benignas y malignas a partir del tejido de sostén glandular

II-*Quistes:*

- a) Congénitos
- b) Adquiridos

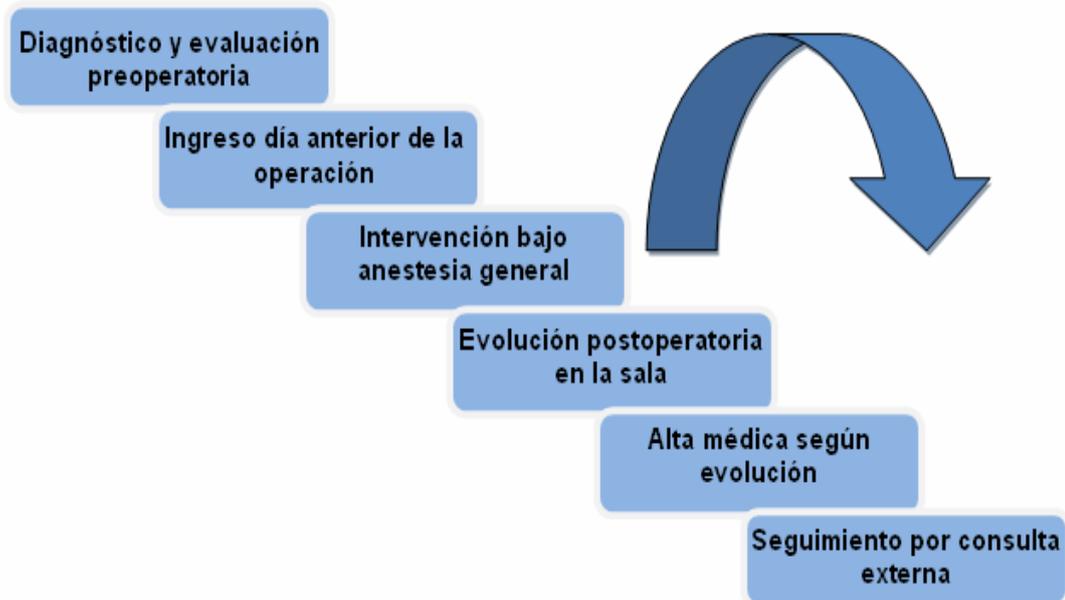
III-*Sialoadenitis crónicas:*

- a) Inflamatorias: esclerosantes
- b) Obstructivas: por sialolitos intraparenquimatosos o en el tercio del conducto excretor mesial a la glándula

VI-*Condiciones pseudotumorales:*

- a) Lesión linfoepitelial benigna
- b) Síndrome de Sjögren
- c) Sarcoidosis

ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO



SISTEMÁTICA DIAGNÓSTICA

1) *Anamnesis:*

- a) Sialomegalia, signo cardinal de cualquier afección
- b) Parálisis facial periférica progresiva, signo clásico de infiltración perineural en neoplasias malignas

- c) Dolor en cólico e inflamación súbita durante la alimentación o relativo a esta, signo característico en condiciones obstructivas litiásicas

2) Examen físico:

- a) Glándula salival
- b) Vías aerodigestivas superiores
- c) Cuello

3) Laboratorio clínico:

- a) Hemograma
- b) Coagulograma
- c) Glicemia, creatinina, transaminasa glutámico-pirúvica, transaminasa glutámico-oxaloacética

4) Examen imagenológico de glándulas salivales mayores:

- a) Rayos X (Rx) simple
- b) Ecografía
- c) Tomografía axial computadorizada
- d) Resonancia magnética nuclear

5) Examen histopatológico:

- a) Biopsia por aspiración con aguja fina
- b) Biopsia excisional

6) Otros estudios complementarios:

- a) Electrocardiograma
- b) Rx: posteroanterior de tórax
- c) Ecografía abdominal

7) Estadiamiento según el TNM vigente (neoplasias malignas).

Tumor

Tx: tumor primario, no puede ser evaluado

T0: no hay evidencia de tumor primario

T1: tumor <2cm en su diámetro mayor, sin extensión extraparenquimatosa

T2: tumor >de 2cm, pero <de 4cm, sin extensión extraparenquimatosa

T3: tumor >de 4cm o con extensión extraparenquimatosa

T4a: tumor que infiltra la piel, la mandíbula, el canal del oído o el nervio facial

T4b: tumor que invade la base del cráneo, la fosa pterigoidea o la arteria carótida interna

Ganglios linfáticos regionales

Nx: no hay evidencia de ganglios linfáticos

N0: no hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales

N1: metástasis en un solo ganglio linfático ipsolateral, <3cm en su mayor diámetro

N2a: metástasis a un solo ganglio ipsolateral >3cm pero <de 6cm

N2b: metástasis a múltiples ganglios ipsolaterales, <de 6cm en su diámetro mayor

N2c: metástasis a ganglios bilaterales o contralaterales, <de 6cm en su diámetro mayor.

N3: metástasis en un ganglio linfático >de 6cm.

Metástasis a distancia

Mx: no se puede evaluar la presencia de metástasis a distancia

M0: no hay metástasis a distancia

M1: presencia de metástasis a distancia

NORMAS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO

- a) Neoplasias benignas, quistes y condiciones pseudotumorales: intervención quirúrgica conservadora
- b) Neoplasias malignas: intervención quirúrgica conservadora o no de acuerdo a criterios clínicos y radioterapia adyuvante antes de las seis semanas del postoperatorio. Quimioterapia en dependencia de factores histológicos: infiltración perineural, vascular y linfática.

SELECCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

Parótida

- a) Neoplasias benignas: parotidectomía subtotal o total en dependencia de la ubicación de la lesión
- b) Neoplasias malignas: parotidectomía total o radical en dependencia de la infiltración perineural clínica al VII par
- c) Quistes: parotidectomía subtotal o total en dependencia de la ubicación de la lesión
- d) Sialoadenitis Ccónica: parotidectomía subtotal
- e) Condición pseudotumoral: parotidectomía subtotal

Submaxilar y sublingual

- a) Neoplasias benignas: submaxilectomía/sublingüectomía
- b) Neoplasias malignas: disección de las celdas submaxilar/sublingual con grupos y cadenas linfonodulares contenidos dentro de estas
- c) Quistes: submaxilectomía/sublingüectomía
- d) Condición pseudotumoral: submaxilectomía/sublingüectomía.

SEGUIIMIENTO POR CONSULTA EXTERNA

Neoplasias benignas, quistes y condiciones pseudotumorales:

- a) Un mes-seis meses-un año-alta

II-Neoplasias malignas:

1) Examen físico:

- a) Primer año, de uno a tres meses
- b) Segundo año, de dos a cuatro meses
- c) De tres a cinco años, de cuatro a seis meses
- d) Más de cinco años, de seis a 12 meses

2) Examen imagenológico

- 3) Titulación de hormona estimulante del tiroides de seis a 12 meses si radioterapia sobre el cuello*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luksic J, Virag M, Manojlovic ´S. Salivary gland tumours: 25 years of experience from a single institution in Croatia. J Cranio Maxillofac Surg. 2012; 40(3):e75-e81.

2. Liu J, Shad C, Tan ML. Molecular biology of adenoid cystic carcinoma. Wiley Online Library. Head & Neck [Internet]. 2011 Oct 17 [citado 4 Feb 2014]; 34(11): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.21849/abstract>
3. West RB, Kong C, Clarke N. MYB expression and translocation in adenoid cyst carcinomas and other salivary gland tumors with clínico-pathologic correlation. Am J Surg Pathol. 2011; 35:92-99.
4. Tang Y, Liang X, Zheng M. Expression of c-Kit and Slug correlates with invasion and metástasis of salivary adenoid cystic carcinoma. Oral Oncol. 2010 Apr; 46(4): 311-6. doi: 10.1016/j.oraloncology.2010.02.001.
5. Han MW, Cho KJ, Roh JL. Patterns of lymph node metástasis and their influence on outcomes in patients with submandibular gland carcinoma. J Surg Oncol. 2012; 106: 475-80.
6. Shekar K, Singh M, Godden D. Recent advances in the management of salivary gland disease. Br J Oral Maxillofac Surg. 2009 Dec; 47(8): 594-7. doi: 10.1016/j.bjoms.2009.07.006.
7. Ghosh-Laskar S, Murthy V, Wadasadawala T. Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland Factors affecting outcome. Head Neck. 2011 Apr; 33(4): 497-503. doi: 10.1002/hed.21477.
8. Mariano FV, da Silva SP, Chulan TC. Clinicopathological factors are predictors of distant metástasis from major salivary gland carcinomas. Int J Oral Maxillofac Surg. 2011; 40: 504-9.
9. Mallik S, Agarwa J, Gupta T. Pronostic factors and outcome analysis of submandibular gland cáncer: A clinical audit. J Oral Maxillofac Surg. 2010; 68: 2104-10.
10. Kawata R, Koutetsu L, Yoshimura K. Indication for elective neck dissection for NO carcinoma of the parotid gland: A single institution´s 20-year experience. Acta Otolaryngol. 2010 Feb; 130(2): 286-92. doi: 10.3109/00016480903062160.

Recibido: 28-5-14

Aprobado: 28-8-14

Rubén Rodríguez Jiménez. Hospital Clínico Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro". Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)(42)270000. Correo electrónico: rafaelgc@hamc.vcl.sld.cu