

## Tumores de glándulas salivales menores: Estudio clínico-patológico de 18 casos

Olivia Pons Vicente <sup>1</sup>, Nieves Almendros Marqués <sup>2</sup>, Leonardo Berini Aytés <sup>3</sup>, Cosme Gay Escoda <sup>4</sup>

(1) Odontóloga. Residente del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona

(2) Odontóloga. Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Profesora asociada de Cirugía Bucal y Profesora del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona

(3) Médico-Estomatólogo y Cirujano Maxilofacial. Profesor Titular de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Profesor del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona

(4) Médico-Estomatólogo y Cirujano Maxilofacial. Catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Director del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial de la facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. Jefe del Servicio de Cirugía Bucal, Implantología Bucofacial y Cirugía Maxilofacial del Centro Médico Teknon. Barcelona

### Correspondencia:

Prof. Cosme Gay-Escoda

Centro Médico Teknon

Cl Vilana 12

08022 - Barcelona (Spain)

E-mail: cgay@ub.edu

Pons-Vicente O, Almendros-Marqués N, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Tumores de glándulas salivales menores: Estudio clínico-patológico de 18 casos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 Nov 1;13 Supl 5:292-8. © Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-4447

Recibido: 13/09/2007  
Aceptado: 16/07/2008

### Indexed in:

Science Citation Index Expanded  
- Journal Citation Reports  
- Index Medicus, MEDLINE, PubMed  
- Excerpta Medica, Embase, SCOPUS,  
- Índice Médico Español

Originally cited as: Pons-Vicente O, Almendros-Marqués N, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Minor salivary gland tumors: A clinicopathological study of 18 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 Sep 1;13(9):E582-8.

Full article in ENGLISH:

URL: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v13i9/medoralv13i9p582.pdf>

### Resumen

**Introducción:** Los tumores de glándulas salivales menores (TGSM) son infrecuentes, ya que suponen del 10 al 15 % del total de neoplasias salivales. A pesar de su relativa baja frecuencia, los TGSM constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias con una amplia variedad de tipos histológicos.

**Pacientes y Método:** Se identificaron los casos de TGSM a partir de un estudio retrospectivo de las biopsias efectuadas entre los años 1997-2007 en el Servicio de Cirugía Bucal de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona. Los datos recogidos fueron: la edad y el sexo del paciente, las características clínicas y la localización de la tumoración, el tiempo de evolución, el tamaño tumoral, el tratamiento efectuado y el resultado histopatológico.

**Resultados:** De los 18 casos de TGSM estudiados, 12 se presentaron en mujeres (66,7 %) y 6 en hombres (33,3 %), siendo el porcentaje de tumores benignos del 94,4 %. La localización preferente de los TGSM fue el tercio posterior del paladar duro (33,2 %), seguida por el paladar blando (16,7 %) y la mucosa labial superior (16,7 %). Los diagnósticos histopatológicos de nuestra casuística fueron de 10 adenomas pleomorfos (55,3 %), 2 cistadenomas (11,1 %), 1 mioepitelioma (5,6 %), 1 sialadenoma papilífero (5,6 %), 1 adenoma de células basales (5,6 %), 1 tumor de Warthin (5,6 %), 1 adenoma canalicular (5,6 %) y 1 adenocarcinoma polimorfo de bajo grado (5,6 %).

**Discusión y Conclusiones:** Coincidiendo con nuestros resultados, la literatura describe un alto índice de recurrencia de los TGSM (5 % al 30 %) si la exéresis quirúrgica es incompleta. Se considera que recidivan el 6 % de los tumores benignos de glándulas salivales menores y el 65 % de los malignos, por lo que se recomiendan controles clínicos periódicos ya que debe tenerse en cuenta la posible transformación maligna.

**Palabras clave:** Tumores bucales, glándulas salivales menores, diagnóstico histopatológico, recurrencia local.

### Abstract

**Introduction:** Minor salivary gland tumors (MSGTs) are infrequent, representing 10-15% of all salivary neoplasms. Despite this low frequency, MSGTs conform a heterogeneous group of neoplasms characterized by a broad range of histological types.

**Patients and method:** We identified cases of MSGT in a retrospective study of the biopsies made in the period 1997-2007 in the Service of Oral Surgery (Dental Clinic of the University of Barcelona, Spain). The data collected comprised patient age and sex, the clinical characteristics and location of the tumor, the duration of the lesion, its size, the treatment provided, and the histopathological findings.

**Results:** Of the 18 cases of MSGT studied, 12 corresponded to women (66.7%) and 6 to men (33.3%). The great majority (94.4%) were benign tumors. The preferential location was the posterior third of the hard palate (33.2%), followed by the soft palate (16.7%) and the mucosa of the upper lip (16.7%). The histopathological diagnoses of our MSGTs comprised 10 pleomorphic adenomas (55.3%), 2 cystadenomas (11.1%), 1 myoepithelioma (5.6%), 1 sialadenoma papilliferum (5.6%), 1 basal cell adenoma (5.6%), 1 Warthin's tumor (5.6%), 1 canalicular adenoma (5.6%), and 1 low-grade polymorphic adenocarcinoma (5.6%).

**Discussion and conclusions:** Coinciding with our own results, the literature describes a high recurrence rate for MSGTs (5-30%) when surgical removal is incomplete. Six percent of all benign minor salivary gland tumors are considered to relapse, versus 65% of all malignant lesions. Periodic clinical controls are required, since the possibility of malignant transformation must be taken into account.

**Key words:** Oral tumors, minor salivary glands, histopathological diagnosis, local recurrence.

## Introducción

Las neoplasias salivales constituyen menos del 1 % de todos los tumores del organismo y del 3 al 5 % de las neoplasias de cabeza y cuello. Los tumores de glándulas salivales menores (TGSM) son infrecuentes, ya que suponen del 10 al 15 % del total de neoplasias salivales, siendo la localización más habitual el paladar (50 %), seguida de los labios (15 %), la mucosa yugal (12 %), la lengua (5 %) y el suelo de la boca (5 %), entre otras regiones. A pesar de su relativa baja frecuencia, los TGSM constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias con una amplia variedad de tipos histológicos y de patrones de crecimiento. Debido a esta gran diversidad y a la ausencia de un criterio unánime, han surgido numerosas clasificaciones y resulta difícil efectuar una adecuada correlación clínico-histológica (1, 2).

La primera clasificación de los tumores de glándulas salivales, editada por la OMS en 1972, fue revisada posteriormente bajo la dirección del profesor Seifert y publicada en el año 1991. La segunda edición de la clasificación histológica de los tumores de glándulas salivales incluyó nuevas entidades y suprimió el concepto de "adenoma monomorfo" en base a la diversidad de tumores que incluía, dando lugar a 11 entidades histopatológicas independientes (3). Debido a la amplia diversidad morfológica de estos tumores y a la necesidad de alcanzar un diagnóstico preciso, se celebró una reunión de consenso en Lyon, que dio origen a una nueva clasificación de los tumores de glándulas salivales publicada en el año 2005 (4).

La proporción de tumores malignos a nivel de glándulas salivales menores es muy elevada, con una incidencia de malignidad del 50 %, siendo las localizaciones preferentes el suelo de la boca (90 %), el trigono retromolar (90 %), la lengua (85 %) y el labio inferior (60 %). Por el contrario, las neoplasias del labio superior suelen ser con mayor frecuencia tumores benignos (75 %).

Los tumores de glándulas salivales pueden aparecer a

cualquier edad, pero la incidencia máxima se sitúa en la 4ª década de la vida para los benignos y en la 5ª década de la vida para los malignos, aunque diferentes autores sitúan el pico de máxima incidencia entre la 5ª y la 7ª décadas de la vida. Clásicamente se ha publicado que esta patología es más frecuente en el sexo femenino, aunque la proporción varía según el tipo histológico del tumor.

Hasta el momento la etiopatogenia de los TGSM permanece sin esclarecer (1). Así pues, no se ha podido demostrar la implicación del tabaco en el cáncer glandular, siendo la radiación ionizante el único factor de riesgo que se ha demostrado estar relacionado en la génesis de los tumores de glándulas salivales (5, 6).

La presentación clínica más frecuente de los TGSM benignos corresponde a una tumoración nodular bien delimitada, lisa y uniforme, de coloración superficial normal, asintomática y desplazable, generalmente única y sin adherencia a planos profundos ni superficiales.

Uno de los aspectos clínicos que permiten diferenciar entre los TGSM benignos y los malignos es su curso evolutivo, ya que los primeros suelen presentar un comienzo insidioso y un crecimiento lento, con un tiempo medio de evolución cifrado entre los 3 y los 6 años; en cambio los segundos tienen una evolución rápida, generalmente inferior a 1 año y en su progresión pueden ulcerarse, sobreinfectarse y causar hemorragia externa o intersticial dando lugar a telangiectasias superficiales. Los datos clínicos más sugerentes de malignidad son el dolor, la fijación a planos profundos o superficiales, la afectación y/o ulceración epidérmica y la presencia de adenopatías cervicales.

Existe un alto índice de recurrencia de los TGSM (5 al 30 %) si la exéresis quirúrgica es incompleta y debe tenerse en cuenta la posible transformación maligna. Se considera que recidivan el 6 % de los TGSM benignos y el 65 % de los malignos. Esta capacidad de recidiva está relacionada con las características histopatológicas del tumor y sobre todo con el tratamiento inicial.

El diagnóstico de los TGSM se realiza mediante la historia clínica y la exploración, apoyado con pruebas complementarias tales como la resonancia magnética (RM), la tomografía computadorizada (TC) sola o combinada con la sialografía y la punción-aspiración con aguja fina (PAAF). Mediante la combinación de algunas de ellas podemos efectuar un diagnóstico de presunción que posteriormente será confirmado por el estudio histopatológico intraoperatorio.

El objetivo de este artículo es describir la frecuencia según edad y sexo, localización, características clínicas e histopatológicas, así como el tratamiento de los TGSM a partir de la presentación de 18 casos. Además se revisa la literatura publicada, destacando finalmente la importancia de efectuar controles periódicos debido al elevado poder de recidiva y a la agresividad de estos tumores.

### Pacientes y Método

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de todas las biopsias efectuadas entre enero de 1997 y mayo de 2007, en el Servicio de Cirugía Bucal de la Clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona. Durante el periodo de tiempo estudiado se hicieron un total de 1.972 biopsias, de las cuales 18 correspondían a TGSM; 12 de los casos fueron mujeres y los 6 restantes hombres. El diagnóstico de los TGSM se basó en criterios clínicos e histopatológicos y todos los informes anatomopatológicos fueron revisados por el Departamento de Anatomía Patológica de la Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge siguiendo la clasificación histológica de los tumores de glándulas salivales más actual, publicada por la OMS en el año 2005.

Todos los casos identificados como TGSM fueron tratados por residentes del Máster de Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial de la Universidad de Barcelona, exceptuando un caso que fue remitido de inmediato al Hospital de Bellvitge tras constatar el diagnóstico de malignidad en el estudio anatomopatológico. Este fue el único caso de nuestra estadística que fue intervenido por cirujanos maxilofaciales, y cuyo tratamiento consistió en una maxilectomía parcial combinada con radioterapia postoperatoria y la posterior reconstrucción del defecto del maxilar superior en una intervención posterior mediante un colgajo del músculo temporal.

De cada una de las historias clínicas se recogió la edad y el sexo del paciente, las características clínicas y la localización de la tumoración, el tiempo de evolución hasta el diagnóstico histopatológico, el tamaño tumoral y el resultado histopatológico definitivo. También se evaluaron los resultados de las pruebas diagnósticas complementarias solicitadas así como la posible aparición de recidivas locales durante un periodo de seguimiento medio de 1,8 años. Asimismo se registraron tanto el tratamiento implementado en cada caso como la técnica de biopsia empleada y el resultado histopatológico definitivo. Además, se determinó la incidencia de los TGSM en nuestro Servicio de Cirugía Bucal.

A partir de estos datos se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante el sistema informático Statistical Package for Social Sciences v.12.0 (SPSS v.12.0; SPSS, Chicago, EE.UU.).

### Resultados

La incidencia de TGSM en nuestro Servicio de Cirugía Bucal con respecto al total de 1.972 biopsias efectuadas durante el periodo de estudio comprendido desde enero de 1997 hasta mayo de 2007 corresponde a un 0,9 %. Se identificaron 18 casos de TGSM, siendo el adenoma pleomorfo (AP) el tipo histológico más frecuente (10 casos; 55,3 %) seguido del cistadenoma (2 casos; 11,1 %). Otras entidades histopatológicas presentes en nuestra revisión de TGSM fueron el mioepitelioma (1 caso; 5,6 %), el sialadenoma papilífero (1 caso; 5,6 %), el adenoma de células basales (1 caso; 5,6 %), el tumor de Warthin (1 caso; 5,6 %), el adenoma canalicular (1 caso; 5,6 %) y el adenocarcinoma polimorfo de bajo grado (APBG) (1 caso; 5,6 %). Los diagnósticos histopatológicos de nuestra casuística se detallan en la tabla 1.

El porcentaje de tumores benignos fue del 94,4 % (17 casos) y el único caso de tumor maligno correspondió a un APBG. Los tumores benignos mostraron una marcada predilección por las mujeres (58,8%). De los 18 casos de TGSM estudiados, 12 se presentaron en mujeres (66,7 %) y 6 en hombres (33,3 %), con una proporción hombre / mujer de 1: 2, existiendo una clara predilección de los TGSM por el sexo femenino (tabla 1). La edad media fue de 51,8 años, con un rango de edad comprendido entre los 22 y los 86 años y una desviación estándar (DE) de 18,9.

La localización preferente de los TGSM fue el tercio posterior del paladar duro (33,2 %) (figura 1), seguida por el paladar blando (16,7 %) y la mucosa labial superior (16,7 %). Otras localizaciones fueron la mucosa yugal y la región del triángulo retromolar, con una frecuencia del 11,1% en cada una de ellas. Finalmente, se observó un caso a nivel de la mucosa labial inferior (5,6 %) y otro caso a nivel de la tuberosidad del maxilar superior (5,6 %). Cabe destacar que el 49,9% de los TGSM de nuestra muestra se presentó en el paladar y del total de los TGSM palatinos el 94,1 % fue benigno. La distribución de los 18 casos de TGSM según la edad, el sexo, el diagnóstico histológico, la localización y el tiempo de evolución está representada en la tabla 1.

La presentación clínica más frecuente de los TGSM de nuestra muestra fue en forma de una tumefacción blanda (9 casos) o ligeramente indurada (9 casos) en el paladar duro o blando (49,9 % del total). El 72,2 % de los tumores eran asintomáticos y un 16,7 % cursaba con dolor a la palpación. De los pacientes que presentaron sintomatología (27,8 %) destaca por su frecuencia la existencia de molestias a la deglución (80 %).

En nuestra revisión de TGSM sólo un caso presentó invasión perineural, sin evidencias de invasión ósea ni vascular.

**Tabla 1.** Distribución de los TGSM de nuestra casuística según la edad, el sexo, el diagnóstico histológico, la frecuencia, la localización y el tiempo de evolución.

Caso	Edad (años)	Sexo	Diagnóstico histológico	Frecuencia	Localización	Evolución (meses)
1	38	F	Adenoma pleomorfo	55,3 %	Mucosa yugal	12
2	37	M			Paladar duro	60
3	82	M			Paladar duro	24
4	36	M			Paladar blando	72
5	45	F			Paladar blando	6
6	50	F			Zona retrotuberositaria	4
7	28	F			Paladar duro	1
8	51	F			Mucosa labial superior	120
9	38	F			Mucosa yugal	132
10	54	F			Paladar blando	240
11	22	F	Adenoma de células basales	5,6 %	Trígono retromolar	2
12	46	F	Sialadenoma papilífero	5,6 %	Paladar duro	156
13	50	F	Adenocarcino-ma polimorfo de bajo grado	5,6 %	Paladar duro	8
14	61	F	Mioepitelioma	5,6 %	Mucosa labial superior	24
15	78	M	Cistadenoma	11,1 %	Mucosa labial inferior-mucosa yugal	3
16	86	M			Trígono retromolar	18
17	73	F	Tumor de Warthin	5,6 %	Paladar duro	96
18	57	M	Adenoma canalicular	5,6 %	Mucosa labial superior	4
	Media 51,8	F/M 2/1			Paladar duro: 33,2 % Mucosa labial inferior: 5,6 % Paladar blando: 16,7 % Mucosa yugal: 11,1 % Mucosa labial superior: 16,7 % Tuberosidad: 5,6 % Trígono retromolar: 11,1 %	Media 55

F: femenino, M: masculino

En el momento del diagnóstico clínico, se detectaron 3 casos con ulceración superficial (16,7%) y uno con telangiectasias en la mucosa bucal adyacente (5,6%).

En relación al tamaño tumoral se obtuvo una media de 1,0 x 1,3 cm, existiendo dos casos de tumores que alcanzaban los 2 cm de diámetro. El tiempo medio de evolución antes del diagnóstico para los TGSM benignos fue de 55 meses y el caso de tumor maligno mostró un crecimiento rápidamente progresivo de 8 meses hasta el momento del diagnóstico histopatológico. El período de seguimiento osciló desde los 2 meses y los 48 meses (tabla 2).

Se llevaron a cabo pruebas diagnósticas complementarias en el 44,6% de los casos, siendo la más solicitada la TC (3 casos), seguida de la TC asociada a la biopsia preoperatoria (3 casos). En un caso (12,5%) se solicitó TC y se efectuó una PAAF y en otro se solicitó una RM (tabla 2).

La exéresis quirúrgica de la tumoración con márgenes

de seguridad y el posterior estudio histopatológico de la misma fue el tratamiento de primera elección en 16 casos (88,9%). Dos casos (11,1%) fueron tratados mediante biopsia incisional y uno de éstos reveló malignidad en el análisis histopatológico.

Respecto a las técnicas quirúrgicas empleadas en el tratamiento de los TGSM, el 77,8% de los tumores de nuestra muestra fue intervenido con bisturí frío y en los 4 casos restantes (22,2%) se utilizó el láser de CO<sub>2</sub> a una potencia de 6W. Las figuras 2 y 3 muestran las diferentes técnicas empleadas para la exéresis-biopsia de los TGSM de nuestra casuística.

Los controles postoperatorios evidenciaron un caso de recurrencia local (5,8%) sobre el total de TGSM benignos. En el resto de TGSM no se apreciaron signos de recurrencia durante un periodo de seguimiento medio de 22 meses (tabla 2).

**Tabla 2.** Distribución de los TGSM de nuestra casuística según la sintomatología clínica, la necesidad de pruebas complementarias, el tratamiento y la técnica empleados, el seguimiento y la recidiva.

Caso	Sintomatología	Pruebas complementarias	Tratamiento	Técnica	Seguimiento (meses)	Recidiva
1	No	No	EMS	Láser CO <sub>2</sub>	18	No
2	No	TC	EMS	Bisturí frío	48	No
3	No	TC y biopsia preoperatoria	EMS	Bisturí frío	36	No
4	Molestias a la deglución	TC y PAAF	EMS	Bisturí frío	24	No
5	No	No	EMS	Bisturí frío	18	No
6	Molestias a la deglución, dolor a la palpación	No	EMS	Bisturí frío	24	No
7	No	No	EMS	Bisturí frío	15	No
8	No	No	EMS	Bisturí frío	48	No
9	No	No	EMS	Láser CO <sub>2</sub>	36	No
10	No	No	EMS	Bisturí frío	12	No
11	No	TC	EMS	Bisturí frío	24	No
12	Molestias a la deglución	No	EMS	Bisturí frío	36	No
13	Molestias a la deglución, dolor a la palpación	TC y biopsia preoperatoria	Biopsia incisional. Maxilectomía parcial y RT complementaria	Bisturí frío	24	No
14	No	TC y biopsia preoperatoria	EMS	Bisturí frío	10	No
15	Dolor a la palpación	No	Biopsia incisional. EMS	Bisturí frío	12	No
16	No	RM	EMS	Láser CO <sub>2</sub>	8	No
17	No	TC	EMS	Bisturí frío y láser CO <sub>2</sub>	3 <sup>6</sup>	1 mes
18	No	No	EMS	Bisturí frío	2	No
					Media 22	

TC: tomografía computadorizada; EMS: exéresis quirúrgica con márgenes de seguridad; RM: resonancia magnética; RT: radioterapia; PAAF: punción aspiración aguja fina.

## Discusión

Los tumores que se originan a nivel de las glándulas salivales menores son infrecuentes ya que suponen menos del 20% de todas las neoplasias salivales y se han descrito variaciones raciales y geográficas en su frecuencia y distribución (7-9). La mayoría de estudios sobre neoplasias salivales incluyen tanto las glándulas salivales mayores como las menores y el número de artículos que revisan únicamente los TGSM es escaso. Además, existe una amplia variabilidad en relación a los diferentes criterios diagnósticos de los tumores de glándulas salivales según las distintas clasificaciones de la OMS (3). En nuestro estudio, todos los casos se reevaluaron histológicamente de acuerdo con la clasificación de tumores de glándulas salivales más actual del año 2005; no obstante la mayoría de los artículos revisados se basan en ediciones anteriores por lo que nuestros resultados deben ser comparados con cautela (4).

En nuestra estadística encontramos una incidencia de TGSM muy baja (0,9 %) respecto al total de biopsias efectuadas durante el periodo de estudio (1997-2007), atribuyendo la escasa frecuencia de esta entidad a que la remisión de los pacientes de nuestro Servicio de Cirugía Bucal se hace desde los Centros de Atención Primaria, desde donde se derivan la mayoría de lesiones tumorales hacia centros hospitalarios.

Los TGSM pueden localizarse en todo el tracto aerodigestivo superior, siendo más frecuentes en la cavidad bucal y especialmente en el paladar, donde la concentración de glándulas salivales menores es mayor. Asimismo se pueden observar en la mucosa yugal, en la región del triángulo retromolar, en los labios, en la orofaringe o en las cavidades nasales y los senos paranasales (5, 8, 10). En la serie de Waldron y cols. (11) el paladar fue la localización implicada con mayor frecuencia (42,5%) seguida por el labio superior (18,5%), la mucosa bucal (15%) y con una menor incidencia

el triángulo retromolar (5,4 %), el suelo de la boca (4,9 %) y el labio inferior (3,3 %) entre otras ubicaciones. En cambio, para otros autores la distribución de los TGSM a nivel de las glándulas salivales palatinas es más elevada, representando del 65 al 80 % del total (1-3) (2, 5, 7). En nuestra revisión la localización preferente de los TGSM fue el tercio posterior del paladar duro (33,2 %), seguida por el paladar blando (16,7 %), la mucosa labial superior (16,7 %), la mucosa yugal (11,1 %), y la región del triángulo retromolar (11,1 %). Finalmente, se describió un caso a nivel de la mucosa labial inferior (5,6 %) y otro caso a nivel de la tuberosidad del maxilar superior (5,6 %). Por lo tanto, el 49,9 % de los TGSM aparecieron en el paladar y el 94,1 % del total de los TGSM palatinos eran benignos.

La proporción de tumores malignos en glándulas salivales menores se aproxima al 50 % aunque no existe acuerdo respecto a la incidencia de malignidad en los diferentes estudios publicados (1, 2, 4, 7-10, 12-14). En contraposición a las estadísticas de las series de TGSM más importantes, en nuestro estudio la malignidad fue tan sólo del 5,6 % (un caso) y esto puede deberse a que los pacientes remitidos a nuestro Servicio de Cirugía Bucal provienen de Centros de Asistencia Primaria y no de instituciones específicas como Centros de Referencia para el Cáncer, donde la incidencia de las neoplasias salivales está sesgada a favor de los tumores malignos. Así pues, estos resultados pueden equipararse a los de publicaciones anteriores (2, 7, 11, 12, 14-17) que muestran un predominio de los tumores benignos sobre los malignos, con un porcentaje de benignidad que oscila entre un 51,3 % y un 72,1 %. Por el contrario, otros estudios describen una proporción de malignidad variable entre el 62,8 % y el 88,2 % (9, 18-20).

Según diferentes autores los TGSM pueden aparecer a cualquier edad pero la mayoría se desarrollan entre la 5ª y la 7ª décadas de la vida (49,8 % de nuestra muestra) y afectan con mayor frecuencia a las mujeres (7). De los 18 casos de TGSM estudiados, 12 se dieron en mujeres (66,7 %) y 6 en hombres (33,3 %), en concordancia con publicaciones anteriores (7, 8, 11).

El tipo histológico benigno más común fue el AP (55,3 %), coincidiendo con diferentes estudios (1, 2, 5, 7-11, 13, 15, 21) que describen una incidencia variable entre el 40 % y el 72 % del total de tumores de glándulas salivales, a excepción de la baja incidencia del 19 % reportada por Spiro (21). Asimismo se describe una predilección del AP por el paladar duro y el tercio posterior del paladar blando, seguidos por las mucosas yugal y labial, coincidiendo con nuestros resultados. Algunos autores consideran el AP de bajo grado de malignidad, en función de las siguientes características: límites mal definidos, multifocalidad, agresividad, capacidad de recidiva y poder de malignización a largo plazo (11). Las recidivas del AP, debidas casi siempre a una exéresis incompleta, aparecen sobre todo en forma de focos múltiples y se estima que la recurrencia oscila entre un 5 a un 30 %.

El cistadenoma fue el segundo tumor benigno en orden de frecuencia (11,1 %); no obstante, la incidencia descrita en la literatura es inferior a la obtenida en nuestro estudio, ya que oscila entre el 2 % y el 4,7 % de todas las neoplasias salivales (11, 22). En las estadísticas de las series más importantes, el 65 % de los cistadenomas se localizan en las glándulas salivales mayores y el 35 % se observan en las glándulas salivales menores (22-25).

El tumor de Warthin es la segunda neoplasia salival benigna más frecuente después del AP, representando entre el 10 % y el 15 % de todos los tumores de glándulas salivales. Aunque se puede considerar una lesión exclusivamente parotídea, se han descrito algunos casos en la glándula submaxilar e incluso en las glándulas salivales menores a nivel de los labios y del paladar, coincidiendo con el único caso de nuestra serie (5,6 %) localizado en el tercio posterior del paladar duro.

Con referencia a los tumores malignos de glándulas salivales menores, la frecuencia fue del 5,6 % y correspondió a un caso de APBG, entidad histológica caracterizada por su uniformidad citológica, su diversidad morfológica y su bajo potencial metastatizante (1, 2, 11). En concordancia con el caso de nuestra serie, Kovalic y cols. (26) abogan por un tratamiento combinado: exéresis quirúrgica con márgenes de seguridad asociada a radioterapia (RT) para carcinomas de glándulas salivales menores palatinas; sin embargo algunos autores comentan que la RT puede inducir la transformación maligna de posibles restos tumorales (27).

El crecimiento de los tumores salivales es lento en general, con un tiempo medio de evolución que se cifra entre los 3 y los 6 años, lo que coincide con nuestra revisión, en la que encontramos una evolución media de 4,6 años.

Con referencia a las pruebas complementarias, la TC fue la más solicitada (38,9 %), sola o asociada a otras técnicas diagnósticas como la biopsia preoperatoria o la PAAF. En un estudio de citología por PAAF de lesiones de glándulas salivales se observó correlación histopatológica en el 40 % de las neoplasias benignas y en el 80 % de las malignas (28), mientras que Chan y cols. (29) constatan una exactitud diagnóstica del 77 %. En un caso de nuestra revisión la PAAF informó de un AP, que posteriormente fue corroborado mediante el estudio histopatológico de la tumoración (tabla 2). Cerulli y cols. (30), al comparar la precisión diagnóstica de la citología mediante PAAF y de la biopsia preoperatoria con el estudio histopatológico encontraron que la PAAF se asoció con un 91,6 % de exactitud mientras que para la biopsia preoperatoria la correlación con la histopatología final fue de un 100 %.

El tratamiento de elección de los TGSM benignos consiste en la exéresis quirúrgica con márgenes de seguridad y el posterior estudio histopatológico para obtener el diagnóstico de certeza. El seguimiento postoperatorio detectó un caso de recidiva local al mes de la intervención quirúrgica, que correspondió a un tumor de Warthin (5,8 % sobre

el total de TGSM benignos), en concordancia con otras publicaciones anteriores que describen una recurrencia variable del 5 al 30 %. Por lo tanto, se recomiendan controles periódicos de los TGSM debido a su elevado poder de recidiva y agresividad.

## Bibliografía

1. Speight PM, Barrett AW. Salivary gland tumours. *Oral Dis*. 2002 Sep;8(5):229-40.
2. Yih WY, Kratochvil FJ, Stewart JC. Intraoral minor salivary gland neoplasms: review of 213 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2005 Jun;63(6):805-10.
3. Seifert G, Sobin LH. The World Health Organization's Histological Classification of Salivary Gland Tumors. A commentary on the second edition. *Cancer*. 1992 Jul 15;70(2):379-85.
4. Eveson JW, Auclair PL, Gnepp DR, El-Naggar AK. Tumours of the salivary glands. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. *World Health Organization Classification of Tumours: Pathology and genetics of head and neck tumours*. Lyon: IARC; 2005. p. 209-81.
5. Otoh EC, Johnson NW, Olosoji H, Danfillo IS, Adeleke OA. Salivary gland neoplasms in Maiduguri, north-eastern Nigeria. *Oral Dis*. 2005 Nov;11(6):386-91.
6. Beal KP, Singh B, Kraus D, Yahalom J, Portlock C, Wolden SL. Radiation-induced salivary gland tumors: a report of 18 cases and a review of the literature. *Cancer J*. 2003 Nov-Dec;9(6):467-71.
7. Toida M, Shimokawa K, Makita H, Kato K, Kobayashi A, Kusunoki Y, et al. Intraoral minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 82 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2005 Jul;34(5):528-32.
8. Jaber MA. Intraoral minor salivary gland tumors: a review of 75 cases in a Libyan population. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2006 Feb;35(2):150-4.
9. Ito FA, Ito K, Vargas PA, De Almeida OP, Lopes MA. Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 496 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2005 Jul;34(5):533-6.
10. Poomsawat S, Punyasinh J, Weerapradist W. A retrospective study of 60 cases of salivary gland tumors in a Thai population. *Quintessence Int*. 2004 Jul-Aug;35(7):577-81.
11. Waldron CA, El-Mofty SK, Gnepp DR. Tumors of the intraoral minor salivary glands: a demographic and histologic study of 426 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1988 Sep;66(3):323-33.
12. Eveson JW, Cawson RA. Tumours of the minor (oropharyngeal) salivary glands: a demographic study of 336 cases. *J Oral Pathol*. 1985 Jul;14(6):500-9.
13. Eveson JW, Cawson RA. Salivary gland tumours. A review of 2410 cases with particular reference to histological types, site, age and sex distribution. *J Pathol*. 1985 May;146(1):51-8.
14. Piloni M, Keszler A. Malignant tumors of the minor salivary glands. A retrospective study of 89 cases. *Med Oral*. 1998 Mar-Apr;3(2):71-7.
15. Rivera-Bastidas H, Ocanto RA, Acevedo AM. Intraoral minor salivary gland tumors: a retrospective study of 62 cases in a Venezuelan population. *J Oral Pathol Med*. 1996 Jan;25(1):1-4.
16. Kusama K, Iwanari S, Aisaki K, Wada M, Ohtani J, Itoi K, et al. Intraoral minor salivary gland tumors: a retrospective study of 129 cases. *J Nihon Univ Sch Dent*. 1997 Sep;39(3):128-32.
17. Loyola AM, De Araújo VC, De Sousa SO, De Araújo NS. Minor salivary gland tumours. A retrospective study of 164 cases in a Brazilian population. *Eur J Cancer B Oral Oncol*. 1995 May;31B(3):197-201.
18. González Lagunas J, Rodado C, Raspall G, Bermejo B, Huguet P, Giralt J. Malignant tumors of the minor salivary glands. Retrospective study on 59 cases. *Med Oral*. 2001 Mar-Apr;6(2):142-7.
19. Lopes MA, Kowalski LP, Da Cunha Santos G, Paes de Almeida O. A clinicopathologic study of 196 intraoral minor salivary gland tumours. *J Oral Pathol Med*. 1999 Jul;28(6):264-7.
20. Jansisyantont P, Blanchaert RH Jr, Ord RA. Intraoral minor salivary gland neoplasm: a single institution experience of 80 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2002 Jun;31(3):257-61.
21. Spiro RH. Salivary neoplasms: overview of a 35-year experience with 2,807 patients. *Head Neck Surg*. 1986 Jan-Feb;8(3):177-84.
22. Tsurumi K, Kamiya H, Yokoi M, Kameyama Y. Papillary oncocytic cystadenoma of palatal minor salivary gland: a case report. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003 May;61(5):631-3.
23. Matsuzaka K, Kokubu E, Takeda E, Tanaka Y, Shimono M, Inoue T. Papillary cystadenoma arising from the upper lip: a case report. *Bull Tokyo Dent Coll*. 2003 Nov;44(4):213-6.
24. Alexis JB, Dembrow V. Papillary cystadenoma of a minor salivary gland. *J Oral Maxillofac Surg*. 1995 Jan;53(1):70-2.
25. Kameyama Y, Okada Y, Takehana S, Mizohata M, Nishio S, Enomoto M. Papillary cystadenoma. *Int J Oral Surg*. 1985 Dec;14(6):556-9.
26. Kovalic JJ, Simpson JR. Carcinoma of the hard palate. *J Otolaryngol*. 1993 Apr;22(2):118-20.
27. Myssiorek D, Ruah CB, Hybels RL. Recurrent pleomorphic adenomas of the parotid gland. *Head Neck*. 1990 Jul-Aug;12(4):332-6.
28. Bandyopadhyay A, Das TK, Raha K, Hati GC, Mitra PK, Dasgupta A. A study of fine needle aspiration cytology of salivary gland lesions with histopathological corroboration. *J Indian Med Assoc*. 2005 Jun;103(6):312-4.
29. Chan MK, McGuire LJ, King W, Li AK, Lee JC. Cytodiagnosis of 112 salivary gland lesions. Correlation with histologic and frozen section diagnosis. *Acta Cytol*. 1992 May-Jun;36(3):353-63.
30. Cerulli G, Renzi G, Perugini M, Becelli R. Differential diagnosis between adenoid cystic carcinoma and pleomorphic adenoma of the minor salivary glands of palate. *J Craniofac Surg*. 2004 Nov;15(6):1056-60.