Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 5(especial9), 712-719, 2026
DOI: https://doi.org/10.62574/7dm939zl

Neoplasias malignas de glándulas salivales en adultos: revisión narrativa

Malignant salivary gland neoplasms in adults: a narrative review

Paula Anahí Morales-Herrera
paulamh08@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0005-7331-3133

Cristopher Joshua Enriquez-Chingal
cristopherec82@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0004-2088-7160

Verónica Viviana Benavides-Morillo
ui.veronicabm40@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0005-4074-5554

RESUMEN

Objetivo: describir la epidemiología, la clasificación, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de las neoplasias malignas de glándulas salivales en adultos. **Método:** revisión narrativa de artículos publicados en revistas indexadas en PubMed y SciELO; se analizaron 15 documentos, con prioridad a los publicados entre 2015 y 2024. **Resultados:** estas neoplasias son raras y heterogéneas. La parótida es el sitio más afectado, pero la proporción de malignidad aumenta en las glándulas menores. La clasificación de la OMS de 2022 incorpora marcadores moleculares. La punción aspirativa con aguja fina y la imagen orientan el diagnóstico. La cirugía es el tratamiento de elección y la radioterapia adyuvante mejora el control local en tumores de riesgo. **Conclusión:** el diagnóstico temprano y el manejo multidisciplinario determinan el pronóstico.
Descriptores: neoplasias de las glándulas salivales; neoplasias de la parótida; carcinoma adenoide quístico; adulto. (Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiology, classification, diagnosis, treatment and prognosis of malignant salivary gland neoplasms in adults. **Method:** Narrative review of articles in PubMed- and SciELO-indexed journals; 15 documents were analysed, prioritising those published between 2015 and 2024. **Results:** These neoplasms are rare and heterogeneous. The parotid is the most frequent site, but the proportion of malignancy increases in minor glands. The 2022 WHO classification incorporates molecular markers. Fine-needle aspiration and imaging guide diagnosis. Surgery is the treatment of choice, and adjuvant radiotherapy improves local control in high-risk tumours. **Conclusion:** Early diagnosis and multidisciplinary management determine prognosis.
Descriptors: salivary gland neoplasms; parotid neoplasms; carcinoma, adenoid cystic; adult. (Source, DeCS).

Recibido: 10/09/2026. Revisado: 28/09/2026. Aprobado: 20/10/2026. Publicado: 15/11/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias malignas de las glándulas salivales constituyen un grupo poco frecuente de tumores de cabeza y cuello. Pueden originarse en las glándulas salivales mayores (parótida, submandibular y sublingual) o en las glándulas salivales menores distribuidas por la mucosa de la cavidad oral, la faringe y la laringe. La mayoría de los tumores de la parótida son benignos, pero la proporción de lesiones malignas aumenta a medida que disminuye el tamaño de la glándula afectada, de modo que un tumor de la glándula sublingual o de una glándula menor obliga a considerar con mayor sospecha la malignidad (1).

Su principal dificultad es la heterogeneidad. La clasificación de tumores de cabeza y cuello de la Organización Mundial de la Salud, en su quinta edición, reconoce más de veinte tipos de carcinoma de glándula salival, con comportamientos biológicos que van desde lesiones de bajo grado y evolución indolente hasta carcinomas de alto grado con metástasis tempranas. Esta edición incorporó entidades nuevas y otorgó un papel creciente a las alteraciones moleculares en el diagnóstico (2). A ello se suma su baja frecuencia: incluso los centros de referencia acumulan pocos casos de cada subtipo, lo que dificulta la experiencia diagnóstica individual y la realización de estudios con muestras amplias (3).

La mayoría de los pacientes son adultos de mediana edad o mayores. En las fases iniciales los tumores malignos suelen manifestarse como una masa indolora, similar a la de los tumores benignos, y los signos que sugieren malignidad, como el dolor, la fijación a planos profundos o la parálisis facial, aparecen con frecuencia en estadios avanzados (1). Por ello, la detección temprana depende de que el clínico, incluido el odontólogo, reconozca el aumento de volumen persistente de una glándula salival y lo derive para estudio.

El tratamiento es multidisciplinario e incluye cirugía, radioterapia y, en casos seleccionados, tratamiento sistémico. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, pero la proximidad del nervio facial y de otras estructuras de cabeza y cuello hace que las intervenciones sean especializadas y no estén exentas de complicaciones. El pronóstico depende del tipo histológico, del grado, del estadio en el momento del diagnóstico y de la posibilidad de lograr una resección completa (4).

El objetivo de esta revisión es describir la epidemiología, la clasificación, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de las neoplasias malignas de las glándulas salivales en adultos, con el fin de identificar aspectos en los que puede mejorarse el diagnóstico precoz y el manejo de estos pacientes.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa, de enfoque descriptivo. La búsqueda se efectuó en PubMed y SciELO con combinaciones de los descriptores «salivary gland neoplasms», «parotid neoplasms», «carcinoma», «diagnosis», «therapeutics» y sus equivalentes en español «neoplasias de las glándulas salivales», «neoplasias de la

parótida», «carcinoma», «diagnóstico» y «terapéutica», unidos con los operadores booleanos AND y OR.

Se incluyeron artículos en español o inglés publicados en revistas indexadas en PubMed/MEDLINE o SciELO que abordaran la epidemiología, la clasificación histológica, el diagnóstico, el tratamiento o el pronóstico de las neoplasias malignas de glándulas salivales en adultos: series de casos hospitalarias y multicéntricas, revisiones, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica publicadas en revistas científicas. Se dio prioridad a los trabajos publicados entre 2015 y 2024 y se conservaron dos estudios anteriores por su relevancia para el tratamiento adyuvante y para la epidemiología de las neoplasias orales en África.

Se excluyeron la literatura gris, las páginas web institucionales o divulgativas, los libros, los reportes de caso aislados, los estudios exclusivamente pediátricos y los documentos sin un identificador de objeto digital verificable. Los metadatos de cada artículo se comprobaron en el registro de Crossref.

Se analizaron 15 documentos: siete series epidemiológicas o histopatológicas, una cohorte retrospectiva multicéntrica sobre radioterapia, cuatro revisiones narrativas, una revisión sistemática con metaanálisis, un análisis sobre el sistema de Milán para la citología salival y una guía de práctica clínica. La información se organizó en cuatro ejes: epidemiología, clasificación histológica, diagnóstico y tratamiento con pronóstico.

RESULTADOS

Epidemiología y distribución

Las series revisadas coinciden en que la parótida es la localización más frecuente de los tumores de glándulas salivales y en que, en conjunto, predominan los tumores benignos (Tabla 1). En el Hospital La Paz de Madrid, la serie retrospectiva de tumores malignos tratados entre 2008 y 2018 mostró predominio de la afectación parotídea, la cirugía como tratamiento más empleado y una supervivencia a cinco años de 75,5 % (5). En un hospital de tercer nivel del Estado de México, la mayoría de los tumores de glándulas salivales en adultos fueron benignos y de localización parotídea (6), y en un hospital universitario chileno la parótida concentró la mayor parte de las neoplasias epiteliales (7).

Fuera de América Latina se observa un patrón similar. En Camerún la parótida fue el sitio más afectado y los tumores benignos representaron una proporción elevada (8), mientras que en Sudán el estudio de los tumores malignos permitió describir su distribución por subtipo histológico y por glándula (9). El estudio multicéntrico internacional de Alsanie et al., con casos de varios países, confirmó que la parótida es el sitio más frecuente y que la proporción de tumores malignos es mayor en las glándulas salivales menores (3).

Las neoplasias malignas de glándulas salivales menores se confunden con otras lesiones de la cavidad oral. En una serie de 428 neoplasias malignas orales de dos hospitales de

Zimbabue, el carcinoma epidermoide fue el tipo predominante, los tumores de glándulas salivales menores representaron una fracción menor y buena parte de los casos se diagnosticó en estadios avanzados (10). Este dato resalta el papel del odontólogo en la exploración de la mucosa oral y del paladar.

Tabla 1. *Series epidemiológicas e histopatológicas de tumores de glándulas salivales incluidas en la revisión.*

Estudio	Lugar	Tipo de serie	Hallazgo principal
Macchio et al. (5)	Madrid, España	Retrospectiva hospitalaria, tumores malignos, 2008-2018	Predominio de la parótida; cirugía como tratamiento principal; supervivencia a 5 años de 75,5 %
Kuri-García et al. (6)	Estado de México, México	Retrospectiva hospitalaria, adultos, 2008-2019	Predominio de tumores benignos y de localización parotídea
Campolo González et al. (7)	Santiago, Chile	Hospitalaria, neoplasias epiteliales	Predominio de la parótida entre las neoplasias epiteliales
Sando et al. (8)	Camerún	Epidemiológica e histopatológica	La parótida fue el sitio más afectado, con alta proporción de tumores benignos
Mustafa Mohamed et al. (9)	Sudán	Histopatológica, tumores malignos	Describe la distribución por subtipo histológico y localización de los carcinomas
Alsanie et al. (3)	Varios países	Multicéntrica internacional	La parótida fue el sitio más frecuente; la malignidad fue proporcionalmente mayor en glándulas menores

Fuente: elaboración propia a partir de las referencias citadas.

Clasificación histológica

La quinta edición de la clasificación de la OMS agrupa los carcinomas de glándula salival según su morfología y, cada vez más, según sus alteraciones moleculares. Entre las más útiles se encuentran los reordenamientos de MAML2 en el carcinoma mucoepidermoide, la fusión MYB-NFIB en el carcinoma adenoide quístico y la fusión ETV6-NTRK3 en el carcinoma secretor. Esta edición incorporó entidades como el adenocarcinoma microsecretor y el adenocarcinoma microquístico esclerosante, y reorganizó otras categorías (2).

El carcinoma mucoepidermoide es el tumor maligno más frecuente en la mayoría de las series (3). El carcinoma adenoide quístico merece mención aparte: tiene un crecimiento lento pero persistente, una marcada tendencia a la invasión perineural, recidivas locales tardías y metástasis a distancia, sobre todo pulmonares, que pueden aparecer muchos años después del tratamiento inicial, lo que obliga a un seguimiento prolongado (11).

Diagnóstico

La evaluación inicial combina la anamnesis, la exploración de la glándula y del nervio facial y los estudios de imagen. La ecografía es útil en las lesiones superficiales, mientras que la resonancia magnética y la tomografía computarizada definen la extensión profunda, la relación con el nervio facial y la afectación ganglionar (1).

La punción aspirativa con aguja fina es la principal herramienta preoperatoria. Un metaanálisis sobre la punción de tumores parotídeos mostró una especificidad elevada para identificar malignidad y una sensibilidad más moderada, de modo que un resultado negativo no descarta por completo un carcinoma (12). Para unificar los informes citológicos se propuso el sistema de Milán, que agrupa los resultados en categorías diagnósticas asociadas a un riesgo de malignidad y a una recomendación de manejo (13).

Tratamiento y pronóstico

La cirugía con márgenes libres es el tratamiento de elección. En la parótida la extensión de la resección depende del tamaño y la localización del tumor, y el nervio facial se conserva siempre que no esté infiltrado. El vaciamiento cervical se indica cuando hay ganglios afectados y se valora en los tumores de alto grado o en estadios avanzados (14).

La radioterapia posoperatoria mejora el control local en los tumores con factores de riesgo. En una cohorte multicéntrica neerlandesa, la radioterapia adyuvante se asoció con mejor control local en tumores T3 y T4, con resección incompleta o con márgenes estrechos, con invasión ósea o con invasión perineural (15). La guía de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica recomienda la cirugía como tratamiento primario, la radioterapia adyuvante cuando existen factores adversos y el tratamiento sistémico en la enfermedad recurrente o metastásica, orientado por marcadores como HER2, el receptor de andrógenos o las fusiones de NTRK (4).

DISCUSIÓN

La revisión confirma que las neoplasias malignas de glándulas salivales son poco frecuentes y muy diversas. Las series de España, México, Chile, Camerún y Sudán, junto con el estudio multicéntrico internacional, coinciden en el predominio de la parótida y de los tumores benignos en el conjunto de los tumores salivales (3,5-9). Las diferencias entre regiones pueden deberse a la composición de las poblaciones atendidas, al tipo de centro y a los criterios de inclusión de cada serie, y no permiten estimar la incidencia poblacional.

Un hallazgo constante es que la malignidad es proporcionalmente mayor en las glándulas menores y en las de menor tamaño (1,3). Esto tiene relevancia directa para la odontología: una masa en el paladar o en otra zona de la mucosa oral puede corresponder a un carcinoma de glándula salival menor, y en contextos con diagnóstico tardío una proporción importante de las neoplasias malignas orales se detecta en estadios avanzados (10).

La clasificación de la OMS de 2022 refleja el avance de la patología molecular. Las fusiones génicas características ayudan a diferenciar subtipos con morfología parecida y, en algunos casos, identifican dianas terapéuticas (2,4). Sin embargo, el acceso a estas pruebas es limitado en muchos hospitales latinoamericanos, lo que puede dificultar la clasificación precisa y la selección de tratamientos dirigidos.

En el diagnóstico preoperatorio, la punción aspirativa con aguja fina sigue siendo la prueba de primera línea por su alta especificidad, pero su sensibilidad moderada exige interpretar con cautela los resultados negativos y correlacionarlos con la clínica y la imagen (1,12). La adopción de un sistema de informe estandarizado, como el de Milán, facilita la comunicación entre patólogos y cirujanos y la toma de decisiones (13).

En el tratamiento, existe acuerdo en que la cirugía es la base del manejo (4,14). La radioterapia adyuvante se reserva para los tumores con factores de riesgo, en los que mejora el control local (15). La evolución del carcinoma adenoide quístico, con recidivas y metástasis tardías, muestra que el pronóstico no depende solo de la resección inicial, sino también del subtipo histológico y del seguimiento a largo plazo (11). La supervivencia a cinco años de 75,5 % descrita en la serie española es coherente con un grupo de tumores en el que coexisten carcinomas de bajo y de alto grado (5).

Esta revisión tiene limitaciones. Es narrativa, se basa en un número reducido de documentos y la mayoría de las series son retrospectivas y hospitalarias, con criterios y periodos diferentes. No se realizó una evaluación formal de la calidad de los estudios ni un metaanálisis. Aun así, la coincidencia entre fuentes de distintas regiones respalda las conclusiones principales.

CONCLUSIÓN

Las neoplasias malignas de las glándulas salivales en adultos son raras y heterogéneas. La parótida es la localización más frecuente, pero la sospecha de malignidad debe ser mayor ante tumores de las glándulas submandibular, sublingual y menores. El diagnóstico se apoya en la imagen y en la punción aspirativa con aguja fina, y la clasificación actual integra criterios morfológicos y moleculares. La cirugía es el tratamiento de elección, complementada con radioterapia en los tumores con factores de riesgo y con tratamiento sistémico dirigido en la enfermedad avanzada. La detección temprana, en la que el odontólogo puede intervenir, y el manejo multidisciplinario son determinantes para mejorar el pronóstico.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Lewis AG, Tong T, Maghami E. Diagnosis and management of malignant salivary gland tumors of the parotid gland. Otolaryngol Clin North Am. 2016;49(2):343-80.
2. Skálová A, Hyrcza MD, Leivo I. Update from the 5th edition of the World Health Organization classification of head and neck tumors: salivary glands. Head Neck Pathol. 2022;16(1):40-53.
3. Alsanie I, Rajab S, Cottom H, Adegun O, Agarwal R, Jay A, et al. Distribution and frequency of salivary gland tumours: an international multicenter study. Head Neck Pathol. 2022;16(4):1043-54.
4. Geiger JL, Ismaila N, Beadle B, Caudell JJ, Chau N, Deschler D, et al. Management of salivary gland malignancy: ASCO guideline. J Clin Oncol. 2021;39(17):1909-41.
5. Macchio N, Pozo Kreillinger JJ, del Castillo Pardo de Vera JL, Malet Contreras A, Burgueño García M, Cebrián Carretero JL. Tumores malignos de las glándulas salivales: estudio retrospectivo de los pacientes tratados en el Hospital La Paz, entre 2008 y 2018. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2021;43.
6. Kuri-García A, Guakil-Haber A, Kuri-García A, García-Enríquez B, González-Arciniega E. Incidencia de tumores de glándulas salivales en pacientes adultos en un hospital de tercer nivel en el Estado de México del año 2008 al 2019. Cir Cir. 2023;91(4).
7. Campolo González A, Ramírez Skinner H, Vargas Díaz A, León Ramírez A, Goñi Espildora I, Solar González A. Perfil epidemiológico de neoplasias epiteliales de glándulas salivales. Rev Med Chil. 2018;146(10):1159-66.
8. Sando Z, Fogha JV, Mebada AO, Djomou F, NDjolo A, Essame JL. Epidemiological and histopathological patterns of salivary gland tumors in Cameroon. Pan Afr Med J. 2016;23:66.
9. Mustafa Mohamed YA, Mahmoud HA, AbdElrahman Eltahir FA, Mohammed Ahmed AH, Yousif YO. Epidemiological and histopathological patterns of malignant salivary gland tumors in the Sudanese population. Saudi Dent J. 2024;36(4):610-4.
10. Chidzonga MM. Oral malignant neoplasia: a survey of 428 cases in two Zimbabwean hospitals. Oral Oncol. 2006;42(2):177-83.
11. Coca-Pelaz A, Rodrigo JP, Bradley PJ, Vander Poorten V, Triantafyllou A, Hunt JL, et al. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck - an update. Oral Oncol. 2015;51(7):652-61.
12. Liu CC, Jethwa AR, Khariwala SS, Johnson J, Shin JJ. Sensitivity, specificity, and posttest probability of parotid fine-needle aspiration: a systematic review and meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2016;154(1):9-23.

13. Rossi ED, Faquin WC, Baloch Z, Barkan GA, Foschini MP, Pusztaszeri M, et al. The Milan System for Reporting Salivary Gland Cytopathology: analysis and suggestions of initial survey. Cancer Cytopathol. 2017;125(10):757-66.
14. Lombardi D, McGurk M, Vander Poorten V, Guzzo M, Accorona R, Rampinelli V, et al. Surgical treatment of salivary malignant tumors. Oral Oncol. 2017;65:102-13.
15. Terhaard CH, Lubsen H, Rasch CR, Levendag PC, Kaanders HH, Tjho-Heslinga RE, et al. The role of radiotherapy in the treatment of malignant salivary gland tumors. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2005;61(1):103-11.

Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/