

## LOS TUMORES MIXTOS DE LA PAROTIDA. EL TUMOR DE WARTHIN. PAROTIDECTOMIA CON CONSERVACION DEL FACIAL (\*)

Dr. José A. Piquinela

M. E., 72 años. — Ingresa a la sala Artigas, Hospital Maciel el 14 - V -52, por una tumefacción de la región parotídea izquierda, que comienza hace 1 año, notándola por primera vez como una tumefacción redondeada de un medio centímetro de diámetro. Crece lentamente desde entonces hasta el momento actual. No ha presentado trastornos funcionales de ninguna índole. Ni anorexia ni astenia. Adelgazamiento de 8 kilos en los últimos tres meses.

**Al examen:** tumor en región parotídea izquierda, ovoideo, a eje mayor vertical de unos 5 cms. aproximadamente por 4 cms. de eje transversal. La piel desliza sobre el tumor, no presentando ninguna modificación; no hay calor local. El polo superior desplaza algo el lóbulo de la oreja y el polo inferior sobrepasa ligeramente el borde inferior del maxilar. Los límites del tumor son netos a la palpación en casi toda su extensión; los bordes del polo superior son algo borrosos. La superficie es lisa en toda su extensión y la consistencia es blanda, algo elástica. El tumor es móvil en sentido vertical y transversal y su borde posterior contacta con el borde anterior del esternocleidomastoideo, pudiéndose insinuar los dedos entre el músculo y el tumor. Se palpan algunos ganglios en la región carotídea, parte alta. Cavidad bucal s/p. Examen general: s/p. Nada de particular en los exámenes de laboratorio. Se opera con diagnóstico de tumor mixto parotídeo, asentando en el lóbulo superficial.

**Intervención.** — Prof. Piquinela, Dr. Nozar, Dr. De Chiara. Anestesia laringo-faríngea con 4 cc. de cocaína e intubación nasotraqueal (Ormaechea). Anestesia local novocaína 1 %. Incisión tipo Finochietto. Liberada la piel, se abre la vaina del esternocleidomastoideo liberándose el borde posterior y el polo inferior de la glándula, previa ligadura de la yugular externa. Se puede así descubrir el facial aislando el lóbulo superficial de la glándula que se reclina adelante. Aparece entonces el tumor que ocupa el lóbulo profundo y asoma entre las ramas tèmpero y cèrvico faciales.

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 26 de mayo de 1954.

Es un tumor quístico, limitado, perfectamente encapsulado, cuya extirpación, a esta altura de la intervención aparece como muy simple. En las maniobras de exéresis el tumor se abre originando la salida de un líquido abundante de aspecto amarillento y de consistencia gomosa. Extirpado el tumor que es independiente del lóbulo superficial se aprecia

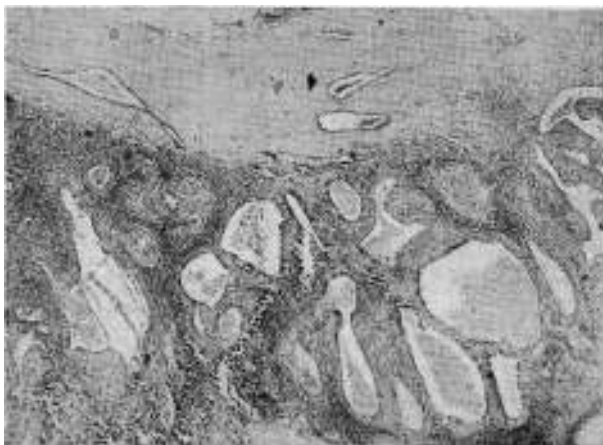


FIG. 1

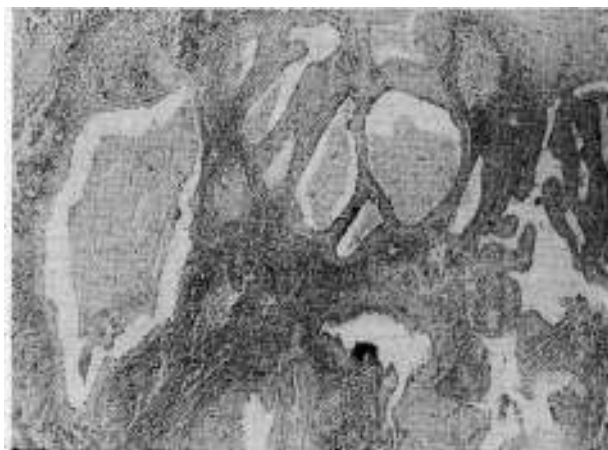


FIG. 2

que éste tiene aspecto y consistencia normales y que no resta nada del lóbulo profundo. El tumor asentaba sobre la vena yugular externa. Control de hemostasis. Se deja en la logia una lámina de goma; lino en la piel. Terminada la operación se comprueba una ligera paresia a la altura de la comisura labial. Evolución sin incidentes. La paresia desaparece en 4 semanas.

**Examen anatómo-patológico** (Dr. Matteo): tumor quístico, bien encapsulado, ovoideo. Contenido semifluido de color amarillento, adherente. Pared de espesor variable con cavidades pequeñas en su interior. La superficie interna presenta salientes del tamaño de una cabeza de alfiler, semiesféricas, de color blanco.

**Examen microscópico:** coloración hematoxilina-cosina.

**Microfotografía N° 1:** se observa una parte de la pared quística en la que se reconoce tejido conjuntivo fibroso, múltiples cavidades netamente limitadas a contenido necrótico y necrobiótico; infiltración linfocitaria difusa y en focos, constituyéndose en algunos sectores auténticos folículos linfocitos con centros regenerativos.

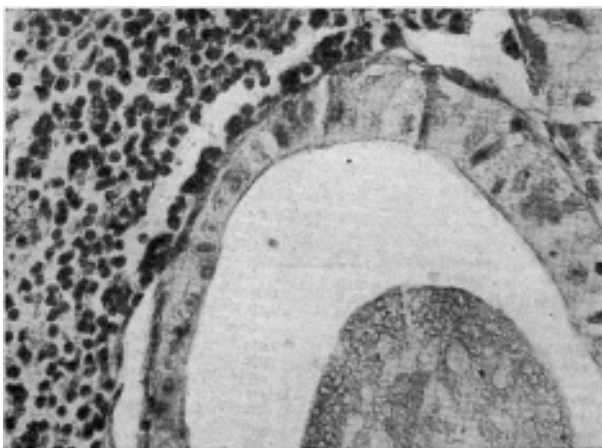


FIG. 3

**Microfotografía N° 2:** caracteres histológicos similares a los descritos en la microfotografía anterior. Se destaca además la disposición papilar del epitelio que reviste una de las cavidades quísticas; en otra imágenes romboidales en medio del contenido necrótico que corresponden probablemente a cristales de colesterolina.

**Microfotografía N° 3:** a gran aumento se observa un tubo glandular dilatado revestido por un epitelio cilíndrico monoestratificado con caracteres típicos, bien delimitado del tejido subyacente en el que se destaca una hiperplasia de células linfocitarias adultas. El contenido del tubo glandular tiene los caracteres de la necrosis, presentando además abundantes gotas de grasa. Los caracteres histológicos anteriormente descritos responden al tumor denominado **cistoadenolinfoma** o **cistoadenoma linfomatoso** que en algunos sectores del mismo adopta el tipo **papilar** o **papilífero**.

S. S., 40 años. — Ingres a la sala San Luis el 3-VI-53, por tumefacción de la región parotídea derecha. Hace 4 años nota la aparición de una pequeña tumefacción en la región parotídea derecha, muy móvil.

Aumenta progresivamente de tamaño hasta hace 9 meses en que, según el enfermo, se ha estacionado en su desarrollo. No ha habido en ningún momento dolor, ni rubor ni trastornos en masticación, deglución y fonación. Sin repercusión sobre el estado general; peso y apetito conservados.

**Examen:** tumefacción ovoidea de región parotídea derecha de unos 4cms. de diámetro, de límites netos. No levanta el lóbulo de la oreja, ni se acompaña de modificaciones de la piel; indolora. A la palpación es de consistencia firme y superficie regular sobre la que desliza la piel y el celular subcutáneo; a su vez la tumefacción desliza sobre los planos profundos en sentido vertical y en menor grado en sentido transversal. Sus bordes se delimitan bien; adelante deja libre el borde posterior del masetero, atrás llega hasta el borde anterior del E.C.M., del que se puede independizar haciendo contraer el músculo. Examen del terriorio del facial s/p. Tacto endobucal: no se alcanza el polo anterior de la tumefacción. Orificio del canal de Stenon de aspecto normal. Conducto auditivo externo s/p. Exámenes de laboratorio: orina, normal; hemograma: G. R. 3.900.000; Hb: 65 %; V. Gl. 0.85; G. B. 5.200. Placa de tórax: campos pulmonares s/p.

El estudio **sialográfico** practicado en el Servicio del Dr. Leborgne pone en evidencia, por el desplazamiento de los canales, que el tumor se origina en el lóbulo profundo rechazando hacia afuera al lóbulo superficial.

**Intervención:** 9-VII-53. Prof. Piquinela, Dr. Asiner, Dr. Valls. Anestesia general (Bach. Lucas). Incisión tipo Finochietto; trazo vertical a partir del borde inferior del cigoma, por delante del trago hasta la altura del lóbulo de la oreja; incisión curvilínea a concavidad superior abrazando el lóbulo de la oreja y prolongación oblicua hacia abajo y adelante a lo largo del borde anterior del E.C.M. Se descubre el borde posterior de la glándula que se prolonga sobre la cara externa del E.C.M. y el polo inferior previa ligadura de la yugular externa y sección del ramo auricular. Levantando la glándula a partir del polo inferior y de su borde posterior se descubre el tronco del nervio facial y el origen de sus dos ramas de bifurcación. El tumor se ha originado en el lóbulo profundo, emerge entre las dos ramas del facial y desplaza hacia adelante el lóbulo superficial.

Se le extirpa totalmente a través del ángulo que forman las dos ramas del facial. Es un tumor totalmente encapsulado. En el curso de las maniobras se rompe la cápsula saliendo una parte del contenido, de consistencia blanda y de aspecto amarillento. Se extirpa el lóbulo superficial siguiendo las ramas del facial; la rama tèmpero facial está casi libre; no así la cérvico facial cuya disección es particularmente penosa. El tumor contactaba por su cara profunda con la carótida externa. Control de hemostasis. Lavado amplio de la herida operatoria con suero fisiológico. Sutura de la piel dejando una lámina de goma, como drenaje a través de la parte baja del sector cervical de la incisión. Al terminar la intervención hay una ligera paresia facial derecha que se acentúa en las 48

horas siguientes. Se retira la lámina de goma al 2º día. La paresia facial se estaciona. Alta, pasando a policlínica neurológica para el tratamiento de su paresia facial.

**Examen anatómo-patológico:** (Nº 53-797). Se envía a examen el tumor y el lóbulo superficial de la parótida que tiene aspecto macroscópico de glándula sana.

A) **Fragmento del tumor:** tumor fibroepitelial con los caracteres del llamado "tumor mixto de las glándulas salivales"; estroma fibroso y mixoide (fibromixioepitelial). El componente epitelial tiene una definida ordenación edematosa y microquística y su hiperplasia es muy activa; por la densidad de la proliferación epitelial y por ciertos caracteres de atipismo celular (que podrían ser de naturaleza simplemente hiperplásica), creemos que no puede asegurarse la absoluta benignidad del tumor.

B) **Fragmento de cápsula:** cápsula fibrosa y esclerosa, que en la parte externa contiene restos de glándula parotídea, mientras que en la superficie interna se continúa con restos de tejido tumoral descrito en A). No hay definida invasión capsular por el crecimiento tumoral (Dr. Juan F. Cassinelli).

---

De nuestra serie personal de seis casos de tumores mixtos de la parótida, separamos las dos historias precedentes correspondientes a enfermos que hemos tenido oportunidad de operar en poco tiempo por entender que ellas se prestan para consideraciones clínicas, anatomopatológicas y terapéuticas que creemos no exentas de interés. Los cuatro restantes estaban localizados en el lóbulo superficial y entran dentro de lo que podríamos llamar la descripción habitual de estos tumores. Justifica además esta comunicación el hecho de que uno de nuestros casos corresponde a un *cistoadenoma linfomatoso papilar o tumor de Warthin*, lesión evidentemente rara dentro de los tumores mixtos de las glándulas salivales y cuyas observaciones se continúan publicando. Cabe recordar por otra parte lo que con cierto sentido del humor dice Mc Farland a propósito de la frecuencia de los tumores mixtos de las glándulas salivales: los cirujanos hablan al respecto con la mayor familiaridad como si hubieran operado cientos de ellos aun cuando la mayoría sólo tenga uno o dos casos en su haber.

---

Del *punto de vista clínico* son señalables los hechos siguientes:

- a) La distinta *edad*; enfermos de 72 y 40 años.
- b) El *tiempo perdido* entre el momento en que es notado

y el de la consulta médica: 1 y 4 años respectivamente; este hecho es importante y en favor del criterio netamente intervencionista de entrada se esgrime el argumento de que la experiencia de largas series de casos muestra que estos tumores existen desde largo tiempo antes de ser notados, a lo que se añade que raramente consultan de inmediato, lo que contraindica la expectativa y vigilancia de la evolución una vez que el diagnóstico se ha hecho.

c) *La traducción clínica*: entra dentro de lo que es perfectamente conocido al respecto. Pueden señalarse tres hechos: 1) el desarrollo hacia la superficie, como exteriorizándose, con piel móvil y absolutamente intacta; 2) la movilidad del tumor con relación a la piel y a los planos profundos, especialmente marcada en el segundo caso, sobre todo en sentido transversal (en realidad lo que se movilizaba en este caso era el lóbulo superficial sobre el tumor profundo; 3) el valor de la *sialografía* como elemento localizador dentro de la glándula permitiendo afirmar por la dislocación y desplazamiento canaliculares que, a pesar de su aparente superficialidad, el tumor de la observación 2 estaba localizado en el lóbulo profundo, proyectando el superficial hacia afuera. Este método de exploración no sólo tendría valor localizador sino que en algunos casos daría nociones sobre la presencia o ausencia de infiltración por la masa tumoral. En el tumor de Warthin los cambios sialográficos son poco marcados en general dada la frecuencia con que el tumor aparece simplemente fijado a la superficie de la parótida y es sólo cuando se desarrolla dentro del tejido salival, especialmente en el área preauricular, que pueden esperarse desplazamientos significativos de los finos canaliculos.

d) *La evolución*: crecimiento lento en el primero; progresivo en el segundo hasta 9 meses antes de consultar, momento a partir del cual queda estacionario.

e) En los dos casos, como habitualmente, el tumor es unilateral y solitario, sin adenopatía satélite. No hay modificaciones en la piel, ni dolores, ni parálisis facial (fase llamada todavía de benignidad aparente por algunos autores).

---

El *diagnóstico* de los tumores mixtos no ofrece en general dificultades. Lo corriente es que se presente como una masa in-

dolora de tamaño constante o de muy lento crecimiento que frecuentemente pasa largo tiempo inadvertida para el enfermo. La consulta se hace meses o años después de notado el tumor, determinándola a veces un crecimiento rápido de la masa que sugiere generalmente un cambio del carácter evolutivo de la misma. Una larga historia sin mayores cambios o de crecimiento lento no da seguridades sobre la naturaleza del tumor y en todas las estadísticas se señalan carcinomas con aspecto incambiado durante años. El punto importante es que estos tumores han existido largo tiempo antes de ser percibidos y que hay siempre un tiempo perdido, a veces asombrosamente largo, entre el momento en que fueron notados y el de la consulta médica. Es un fuerte argumento en favor del tratamiento inmediato.

La fijeza, el dolor, la parálisis facial, la evidencia de extensión o metástasis, un crecimiento muy rápido hablan en favor de tumor maligno; tienen especialmente valor en ese sentido, la parálisis facial y el dolor severo. Pero la ausencia de los signos citados no asegura la benignidad del crecimiento tumoral.

La *biopsia* no cuenta con muchos partidarios, por lo menos realizada extirpando un fragmento del tumor. Se considera con razón que adoptada sistemáticamente en esa forma puede originar dificultades cuando la extirpación. Practicada mediante una incisión estrecha expone a heridas del facial; con la idea de evitar esta lesión puede quedar demasiado superficial, en tejido sano. Los cortes por congelación hechos durante la intervención pueden dar datos de gran valor pero se choca con las conocidas dificultades de interpretación de las comprobaciones microscópicas en este tipo de tumores. La mejor *biopsia* sería en opinión de muchos la extirpación de toda la masa y su examen ulterior.

La *biopsia por aspiración*, con inclusión en parafina del material aspirado (el examen de una gota raramente lleva a ser afirmativo) permitió en 12 de 18 casos de la serie de Martín y Ehrlich en que fué practicado, el diagnóstico positivo de tumor de Warthin, hecho destacable ya que el carácter linfocítico del tumor aumenta las dificultades del diagnóstico por este método, pudiendo ser imposible la diferenciación con un ganglio normal, un linfoma maligno, una adenitis crónica o una enfermedad de Mikulicz.

La *sialografía* aunque juzgada de manera diversa, puede en muchos casos dar datos útiles, sea sobre la naturaleza del tumor (rechazo, falta de relleno o llenado irregular y fragmentario de los canales con estrecheces marcadas o detención completa de la sustancia opaca)), sea sobre la topografía, como en la observ. 2, donde permitió afirmar la localización en el lóbulo profundo, con desplazamiento del superficial hacia afuera.

Del *punto de vista anatomopatológico* cabe destacar:

a) *La localización*: se trata de dos tumores asentados en el lóbulo profundo y evolucionando hacia afuera, con rechazo del lóbulo superficial; en realidad puede decirse que ocupan la situación del lóbulo profundo al que se han sustituido, ya que una vez extirpado no queda nada de dicho lóbulo. Esta localización no es la más frecuente y **Brown, Mc Dowell y Fryer** destacan como uno de los argumentos en favor de su táctica operatoria de extirpación por aproximación directa al tumor el hecho de que la mayoría de ellos asientan en el polo inferior, en el lóbulo superficial, por fuera del facial.

b) *El encapsulamiento*: es un hecho destacable en nuestros dos casos, perfectamente conocido y señalado y de interpretación cuestionable. Fuera del problema general de si la cápsula pertenece al tumor o al tejido o parénquima que lo rodea, ella sería en los tumores mixtos, para **Masson**, la consecuencia de su lento crecimiento, expansivo y no invasor con rechazo y disposición lamelar de los tejidos que lo rodean; en tanto que para **Ewing** es función de su origen y tipo de crecimiento: son encapsulados los tumores originados en epitelio embrionario "misplaced"; no lo son los derivados de los tubos y acinos glandulares. Por otra parte tienen mayor tendencia a ser encapsulados los tumores pequeños que los de gran desarrollo que muestran un aumento en la fusión y a veces una incorporación total al parénquima glandular vecino.

De cualquier manera la presencia de cápsula no asegura la indemnidad absoluta del parénquima vecino en cuanto a la posibilidad de otros focos o depósitos tumorales; ella es frecuentemente precaria y si el tumor es raramente infiltrante puede llegar a serlo cuando un traumatismo o más frecuentemente, una intervención quirúrgica, abre la cápsula. En consecuencia, la



enucleación o la exéresis poco menos que al ras de la cápsula, es considerada por la mayoría de los autores como un criterio insostenible en este tipo de tumores. State cree que el alto porcentaje de recidivas tiene como causa primaria la extirpación inadecuada del tumor y que la falta de una cápsula verdadera o lo precario del encapsamiento y la presencia de tejidos de tipo mixomatoso hacen muy difícil determinar la verdadera extensión del neoplasma.

c) *El aspecto quístico*: los dos tumores lo tienen, con contenido amarillo semifluido. Este tipo de quiste es bastante frecuente siendo uno de los hechos más curiosos de este "misterioso tumor mixto de las glándulas salivales" la gran variabilidad de aspecto y estructura. Como lo establece **Mc Farland** parece haber un mundo de diferencia entre un tumor blando y frágil que simula un quiste (nuestros dos casos) y otro tan uniformemente cartilaginoso como para ser llamado condroma; entre uno donde la estructura atípica del elemento epitelial parece un carcinoma y otro cuya estructura casi puramente de células fusiformes sugiere un sarcoma. Y sin embargo son simplemente variedades del mismo tumor.

d) *La estructura histológica*: el segundo caso es un tumor fibro-epitelial con los caracteres más comunes del llamado tumor mixto; la gran hiperplasia del elemento epitelial cuya densidad de proliferación es llamativa y cierto atipismo celular hacen dudar al anatómo-patólogo de su absoluta benignidad, del punto de vista microscópico, con las reservas desde luego en lo que se refiere a basar el pronóstico de los tumores mixtos en el aspecto histológico.

El primer caso corresponde a una variedad rara de estos tumores, el llamado *cistoadenoma linfomatoso papilar* (Warthin) o tumor de Warthin, adenolinfoma (Jaffé), oncocitoma (Hamperl, Jaffé) del que habrían hasta el año 1953 sólo 192 casos publicados en la literatura médica mundial. En el Memorial Hospital su frecuencia es estimada en el 10 % de los tumores parotídeos benignos y en el 6 % de todos los tumores parotídeos, en tanto que en otras estadísticas representa el 2 % (Kirklin) o un poco más del 3 % (Brown) de todos los tumores de la parótida.

Se trata de un tumor quístico, bien encapsulado, esencial-

mente benigno, desarrollado en el seno del tejido salival o íntimamente unido a él, sucediendo en la mayoría de los casos en la parótida. Una cápsula firme lo separa de la glándula; raramente el encapsulamiento no es completo y el tumor puede infiltrar la parótida aunque en poca extensión. Redondo o lobulado, moderadamente firme, lo habitual es que presente zonas blandas y zonas francamente fluctuantes; alguna vez es uniformemente consistente. Presenta al corte numerosos y pequeños espacios quísticos con contenido líquido o semilíquido; seroso, blanquecino o achocolatado, a veces de apariencia mucinosa. El aspecto velloso del tejido que limita a estos quistes, que es carácter saliente de la superficie del corte del tumor al examen a simple vista, obedece a las proyecciones papilíferas.

Histológicamente se trata habitualmente de tipos bien diferenciados de aspecto microscópico benigno. Las cavidades quísticas presentan dos o tres capas de epitelio columnar pseudoestratificado que puede ser ciliado y proyectarse dentro de la luz en formaciones papilares de base más o menos ancha. Otras veces el epitelio puede ser columnar alto y no ciliado reposando sobre una capa basal cuboidal. El estroma es un retículo delicado con masas o acúmulos de linfocitos o verdaderos folículos con centros germinales grandes. El líquido de los quistes contiene una sustancia espesa, homogénea, con linfocitos, glóbulos de grasa y células epiteliales descamadas; vale decir que estos tumores están integrados por tejidos no encontrados normalmente en las glándulas salivales, caracterizados por estructuras epiteliales papilares cubiertas por un epitelio eosinofílico en empalizada con su soporte representado por el estroma linfoideo, que es el hecho histológico más saliente. El aspecto que presenta sugiere que el elemento linfoideo es una parte activa del tumor.

La relación del tumor con la glándula es variable: superficial pero fijado a la cápsula; debajo de la cápsula y metido dentro de la glándula; posterior a la parótida; pudiendo llegar a estar fijado a la extremidad inferior de la glándula, situado entonces en la parte alta del cuello, en relación con el polo superior de la tiroides, caso este en que fácilmente se confunden con adenomas tiroideos. Cuando alcanzan gran desarrollo pueden extenderse a las estructuras vecinas (esternocleidomastoideo.

pared lateral de la faringe) pero manteniéndose en general estrictamente encapsulados. A juzgar por los casos publicados el polo inferior de la parótida sería localización frecuente; el tumor crece lentamente y adhiere a las estructuras profundas.

Kirklin ha tenido en un caso en una serie de 10 tumores de Warthin un segundo tumor con la misma estructura, desarrollado poco tiempo después de la intervención, en el lado opuesto.

Para explicar *su origen* se han suscitado teorías similares a las que tratan de explicar los tumores mixtos, aunque algunas se sostienen un poco más particularmente a propósito de esta variedad de tumor: 1) origen en la porción ectodérmica de un *arco branquial*; 2) *heterotopía o distopía del endodermo faríngeo*, posiblemente de la trompa de Eustaquio; 3) vestigio rudimentario de la *inclusión orbital* (vestigio linfoideo epitelial); 4) *restos heterotópicos de glándulas salivales* situados en ganglios linfáticos adyacentes a la parótida; 5) *inclusión amigdalina del ectodermo faríngeo*; 6) *metaplasia del endotelio* de los vasos linfáticos; 7) derivado de los *oncocitos*, células encontradas en las glándulas salivales donde aparecerían por un proceso de diferenciación del epitelio glandular y canalicular. Jaffé, que ha usado el término *oncocitoma* para designar este tumor, ha desarrollado la tesis del origen en oncocitos en tejido salival aberrante de los ganglios linfáticos adyacentes a la parótida.

*Clínicamente* se presenta generalmente como un tumor que asienta en la mitad de la parótida, justo frente al lóbulo de la oreja o alrededor de los bordes de la glándula, particularmente en el polo inferior, detrás y un poco por debajo del ángulo del maxilar. En nuestro caso asentaba en el lóbulo profundo, cuyo sitio ocupaba totalmente. Los autores del Memorial Hospital (Martín y Ehrlich) insisten en que el tumor de Warthin se localiza siempre en la parótida o inmediatamente contiguo a ella, a la cual se fija, considerando que no hay demostración suficiente de que los pocos casos de localización en la submaxilar sean auténticos. Piensan que puede tratarse de localizaciones adyacentes al polo inferior de la parótida.

Bien circunscrito, ovoideo y de muy lento crecimiento, no da más síntomas en general que los de la deformación consecutiva. Blando o ligeramente fluctuante, a veces de consistencia firme,

no se encuentra en el tumor de Warthin la nodularidad o induración marcada de los tumores mixtos. Su evolución es esencialmente benigna y su diagnóstico preoperatorio sólo ha sido hecho merced a la biopsia por aspiración. Según su consistencia y localización se explican los diagnósticos que pueden plantearse en clínica: tumor mixto, quiste branquial, o tumor del cuerpo carotídeo o adenitis o metástasis ganglionar, para los situados en la parte alta del cuello. El fracaso de la biopsia por aspiración en algunos casos es debido fundamentalmente al carácter linfocítico del tumor que llega a hacerlo indiferenciable, mismo en manos de personas de gran experiencia, de un ganglio normal, de linfomas malignos, de una adenitis crónica, de la enfermedad de Mikulicz.

---

*Del punto de vista del tratamiento* dos clases de consideraciones deben ser hechas: las de orden conceptual en cuanto a directivas terapéuticas y las de orden técnico.

Del punto de vista *conceptual* el tumor mixto de las glándulas salivales sigue constituyendo un problema apasionante dentro de la patología y de la clínica que explica controversias ardientes en los terrenos patogénico, histológico, pronóstico y terapéutico.

La discusión no es puramente doctrinaria; estos tumores habitualmente encapsulados y de evolución lenta, sin caracteres histológicos de malignidad en muchos casos, recidivan a menudo a pesar de exéresis limitadas unas veces y muy amplias otras. El término "mixto" que les ha sido dado por su estructura compleja con yuxtaposición de tejidos abigarrados, de aspecto epitelial o conjuntivo, ha sido evidentemente consagrado por el uso aun cuando no es el más apropiado de acuerdo al concepto que hoy se tiene de estos tumores.

Las nuevas denominaciones propuestas traducen el concepto actual de tumor exclusivamente epitelial y glandular explicándose el aspecto mixtoide o condroide de ciertas zonas por metaplasia de las células epiteliales, o por interreacción tisular de los elementos epiteliales y del estroma y rarefacción vascular (**Le-roux**); **Masson** admite además una transformación del estroma conjuntivo bajo el efecto de los productos de secreción del tejido epitelial. Ha surgido en consecuencia el nombre de *epiteliomas*

“*remaniés*” (Leroux) con el que se busca atenuar la significación del término epiteloma que evoca un tumor muy maligno de evolución rápida, con adenopatías y metástasis lo que, como cuestión de hecho, no es el aspecto clínico de los tumores mixtos; pero que tiene el inconveniente de sugerir la modificación de estructura y atenuación de un epiteloma de tipo habitual, lo que no es el caso del tumor mixto que presenta de entrada sus caracteres histológicos y evolutivos tan particulares. La expresión “*epitelioma potencial*” (Moutier y Redon) obviaría algunos de los inconvenientes señalados y aún sin convencer plenamente es preferida por algunos autores.

La noción de *benignidad* o *malignidad* de estas neoformaciones es fundamental dentro del concepto de los tumores mixtos ya que él aparece como rector de las directivas terapéuticas. Mc Farland lo ha analizado exhaustivamente aceptando con Ewing que si la malignidad fuera un concepto puramente clínico sería imposible trazar una distinción firme entre tumores benignos y malignos, ya que casi todos los tumores pueden llegar a ser fatales ocasionalmente y que la tendencia debe ser a restringir el término a los tumores que muestran hechos o características esencialmente perjudiciales para el huésped. Clásicamente el tumor mixto, largo tiempo benigno, puede en cualquier momento de su evolución hacerse maligno. Si del punto de vista clínico se estima por muchos que esta noción debe ser mantenida, dado que hay un estado de benignidad clínica por lo menos aparente (que respondería al estado de malignidad limitada, encerrada, localizada o in-situ) y un estado de malignidad evidente, que no es constante, ya que la primera etapa puede ser de duración indefinida, esta distinción no puede ser mantenida en el terreno doctrinario y conceptual.

Se trata en la concepción actual de un epiteloma de entrada, clínica y evolutivamente distinto del epiteloma común, pero capaz de empujes evolutivos espontáneos o provocados por una intervención quirúrgica incompleta (hecho este último discutible para algunos autores). Desde este punto de vista es particularmente llamativa la frecuencia de las *recidivas* y en especial la de las recidivas alejadas, después de un largo período de tiempo (10, 20, 30 años), vale decir sucediendo en enfermos que

pueden en un primer análisis haberse juzgado como curados después de la primera intervención. Entre varias causas estas recidivas pueden obedecer, por lo menos, a dos: 1) repetición de las mismas condiciones y proceso por los que se desarrolló el tumor originario y 2) variedad de estructura del tumor, hecho particularmente espinoso para interpretar y que lleva al mismo **Mc Farland** a decir que no parece posible anticipar por el examen microscópico lo que será un tumor mixto salival, siendo imposible basar sobre él, el pronóstico.

Dentro mismo de la primera causal caben varias posibilidades: a) el tumor primitivo y la recidiva son dos entidades diferentes que aparecen simplemente en la misma región, lo que podría explicar el largo intervalo entre los dos; b) la recidiva traduce el crecimiento del tejido tumoral dejado cuando la primera intervención; explicación probablemente valedera en muchos casos aparece aquí menos aplicable que en el cáncer, dado el perfecto encapsulamiento del tumor. Pero si el tumor es a menudo unicéntrico, muchos son indudablemente multicéntricos, habiéndose señalado la existencia de muy pequeños tumores (como cabezas de alfiler) íntimamente yuxtapuestos al principal, alrededor de una masa tumoral fácilmente reconocible. La disposición lobulada habitual con lóbulos de variada estructura, cada uno de ellos verdaderos centros de crecimiento, que tienden a fusionarse con la masa principal atrofiando el tejido intermediario y rodeándose secundariamente de una cápsula común lo lleva a **Mc Farland** a pensar que los tumores más pequeños en el momento de la exéresis son los más expuestos a recidivas. El riesgo de dejar tejido tumoral aumenta si la cápsula, especialmente en un tumor blando, es seccionada accidentalmente o lo es deliberadamente cuando el tumor está en conexión íntima con el facial. En todos estos casos se origina una "recidiva inmediata" por el tejido tumoral residual que no es otra cosa que el crecimiento continuado del tumor primitivo.

Es necesario señalar que muchos autores (**Buxton, Kirklin**) destacan que el estudio de largas series de enfermos no evidencia que las recurrencias sucesivas de los tumores mixtos adquieran progresivamente un aspecto histológico más maligno. Pero el porcentaje de recidivas crece cuando el período postoperatorio

considerado se alarga, es decir, a medida que pasa el tiempo las posibilidades de recurrencia local aumentan y, hecho importante, una vez producidas y tratadas, la frecuencia de nuevas recidivas es mucho mayor que en los tumores primitivos.

En cuanto a las *metástasis* son tan raras que casi puede decirse que no existen, a pesar de que toda afirmación dogmática referente a los tumores mixtos debe evitarse. Las metástasis parecen tener en estos tumores poca relación con la malignidad real o con la proximidad del final, a diferencia de lo que es habitual que ellas signifiquen en los tumores malignos en general.

**Kirklin** llega a la conclusión, después de estudiar 296 tumores mixtos primitivos y 149 recurrentes, que estos tumores son raramente mortales y que el porcentaje de sobrevida comparado con los obtenidos en una población normal de la misma edad media, por las compañías de seguros de vida, muestra pequeña diferencia. Vale decir, que la sobrevida es para estos pacientes sensiblemente comparable a la de personas sanas.

---

**Mc Farland** ha sostenido que en los tumores mixtos no se aplica la regla de excisión tan pronto como aparecen creyendo que debe esperarse a que crezcan ("maduren") para extirparlos lo que asegura una exéresis más completa y radical. Acepta como indicaciones de pronta cirugía la desfiguración, la limitación de los movimientos mandibulares, el dolor por presión nerviosa (en cuyo caso aconseja sacar toda la glándula) y el rápido aumento de tamaño que, aunque inexplicablemente, no es habitualmente de importancia en estos tumores. Sucede, cuando se trata de un tumor mixto, después de años de evolución y los resultados del tratamiento son imposibles de calcular. La mitad de las recidivas de su serie eran con toda probabilidad, casos considerados curados por sus médicos. El criterio de curación definitiva es difícil de establecer si se recuerda que las recurrencias pueden aparecer entre 10 y 40 años después. Por otra parte todos los casos de carcinoma que ha estudiado han tenido una evolución fatal cualquiera haya sido el tratamiento empleado (precoz o tardío; quirúrgico, radium o rayos X).

El criterio de esperar su crecimiento no ha hecho camino y se considera que un tumor parotídeo (o salival en general) con

las características de un tumor mixto debe ser operado. Lo que es objeto de discusión son fundamentalmente la magnitud de la exéresis (enucleación; nucleo-resección o extirpación limitada; parotidectomía parcial; parotidectomía total) y el problema del abordaje que gira esencialmente alrededor de la preservación del facial y en segundo término del resultado estético (incisión y cicatriz consecutiva) y la profilaxis de la fístula salival cuando se hace cirugía conservadora, que evidentemente algunos autores subestiman en tanto que otros como **Riessner**, le conceden importancia.

La *enucleación intracapsular* que utiliza el plano de clivaje peritumoral expone en opinión de la mayoría a una exéresis incompleta. **Brown, Mc Dowell y Fryer**, partidarios del *abordaje directo del tumor*, pasan inmediatamente por fuera de la cápsula, considerando que la posibilidad de múltiples focos de origen hace injustificable el sacar además algunos milímetros de la glándula adyacente. Si un nuevo tumor se desarrolla, se reopera; sin embargo, esto no les ha acontecido en su serie de 75 casos, seguidos durante un período de 10 años.

La *enucleación extracapsular*, llamada también *intraparotídea* o *núcleo-resección* cuenta con más partidarios; los riesgos que corre el facial son aquí mayores y su descubierta previa es aconsejable. Además del tumor se extirpa el tejido glandular adyacente lo que aleja la posibilidad de lesión de la cápsula que se trata de evitar siempre. Parece ser este el tipo de operación preferida por la mayoría de los cirujanos, aún cuando algunos creen que la localización del tumor en el lóbulo profundo, que obliga necesariamente a descubrir el facial, justifica en esos casos una ectomía total.

Para algunos autores la exigencia de una extirpación total sólo se cumple con una *parotidectomía parcial o total*. Las justificarían fundamentalmente el origen a menudo multicéntrico y la encapsulación con frecuencia precaria. **State** que atribuye el alto porcentaje de recidivas a una extirpación incompleta, imputable a su vez a la limitación no precisa del tumor, a su contenido en parte de aspecto mixomatoso y al temor de lesionar el facial considera que todo intento de enucleación trae un porcentaje alto de recidivas las que tienden a crecer rápidamente y a diseminarse



lejos dentro del tejido normal ambiente, mostrando un 25 % de esas recidivas caracteres más malignos que el tumor primitivo. La exéresis radical sólo puede asegurarse con una lobectomía superficial o con una parotidectomía total; la evolución alejada de enfermos tratados de una a otra manera, permitirá afirmar cuál debe ser, en último análisis, preferido.

La ectomía parcial cuando el tumor asienta en el lóbulo superficial, verdadera *lobectomía*, cuenta con decididos partidarios. En nuestra observación 1 hemos realizado una lobectomía profunda, dejando el lóbulo superficial en base a: 1) localización del tumor al lóbulo profundo; 2) indemnidad, desde luego aparente, del lóbulo superficial; y 3) *edad* del enfermo. La *parotidectomía total con conservación del facial* es defendida por algunos cirujanos para todos los tumores mixtos de la parótida mientras que otros la reservan para los tumores grandes y para las recidivas, caso este último en que la mayoría la practica. La hemos realizado en el enfermo de la observación 2, en el que si en verdad el tumor estaba localizado también al lóbulo profundo y el superficial aparecía indemne a la inspección y palpación, nos llevó a ser más agresivos: 1) el tamaño del tumor; 2) su crecimiento progresivo; y 3) la *juventud* del enfermo. Digamos que esta ectomía total es una disección del facial separándolo de la parótida, verdadera fragmentación del tumor, aceptable para el tumor mixto pero inadmisibles para un verdadero epiteloma. Conociendo las recidivas a menudo muy tardías es cuestionable la afirmación de que la ectomía total pone al abrigo de ellas. Quizás no se pueda ir más lejos que expresar que dan una mayor seguridad en cuanto se refiere a evitar las recidivas precoces.

El tumor de la observación 1 era un *cistoadenoma linfomatoso papilar*, hecho que ignorábamos cuando la operación. **Martin y Ehrlich** aconsejan para este tipo de tumor la simple *enucleación extracapsular* considerando innecesario el comprender un margen de tejido parotídeo adyacente. La extirpación completa aseguraría un buen pronóstico; se trata de un tumor definitivamente encapsulado, no radiosensible ni radiocurable a pesar de lo que podría esperarse de acuerdo con su estructura histológica, que no recidiva a menos de extirpación incompleta y que es clasificado en el Memorial Hospital como un *neoplasma benigno*. Si el diagnóstico

ha sido establecido seguramente por una biopsia por aspiración y el enfermo se niega a operarse, consideran los autores citados que la posibilidad de malignidad ulterior es mínima si realmente existe. A pesar de que el tumor alcance gran tamaño no infiltra la parótida ni compromete al facial.

Aún cuando la mayoría de los autores considera que los tumores mixtos sacan poco o ningún beneficio de la *roentgenterapia* o de la *radiumterapia*, algunos (**Kirklin, Ahlbom, Quick**) señalan que ocasionalmente los resultados son buenos y que su uso como complemento del tratamiento quirúrgico, especialmente en todas las *recidivas*, es digno de consideración. **Kirklin** ha obtenido buenos resultados, en ciertas recidivas pequeñas y fijas de un tumor mixto conocido, con la implantación de agujas de radium en el tumor.

Del punto de vista de la *técnica* el problema eje en la cirugía de los tumores mixtos de la parótida es la *conservación del facial*, evitándole cualquier clase de injuria. El temor a su lesión es a juicio de varios autores responsable de extirpaciones incompletas. Las distintas tácticas, condicionadas en buena parte por el concepto de la extensión de la exéresis y de las relaciones del nervio con la glándula, pueden resumirse en tres grupos:

1. Identificación del *tronco* a su salida del agujero estilomastoideo, antes de penetrar en la glándula.
2. Identificación de una *rama de división secundaria* en la cara o el cuello, siguiéndola hacia atrás hasta las ramas de bifurcación y el tronco.
3. *Abordaje directo del tumor* y test cuidadoso por estimulación directa de todo tejido que pueda contener un filete nervioso antes de ser cortado.

*El abordaje directo del tumor* es defendido entusiastamente por **Brown, Mc Dowell** y **Fryer** quienes en su serie de 75 casos no han tenido parálisis facial ni recidivas en un período de 10 años después de la operación. Basan su procedimiento en la forma lobulada de la glándula, en la situación del facial entre los dos lóbulos y fundamentalmente en que la mayoría de los tumores mixtos asientan según ellos en el lóbulo superficial. El levantamiento del colgajo cutáneo asegura una amplia exposición y todo tejido que puede contener una fibra nerviosa, antes de ser cortado

es excitado por presión directa. Este método permite según sus autores la extirpación de todo un lóbulo o de toda la glándula si ello se juzga necesario lo mismo que la extirpación del tumor cuando éste se ha desarrollado en el lóbulo profundo.

*La identificación de una rama de división* y la disección hacia atrás en busca del tronco cuenta con decididos partidarios; ello significa el abordaje a partir del borde anterior de la glándula y la separación del lóbulo superficial del plano del facial hasta descubrir el istmo. La rama generalmente tomada como guía es la cervical o inframandibular (Sistrunk; Adson y Ott); **Mc Cormack** aconseja la bucal fácilmente evidenciable ya que ella regularmente bordea por encima el Stenon y conduce a la rama témprofacial o al punto de fusión distal de ésta con la cérvico facial; **Riessner** busca sobre el cigoma, nunca cubierto por la glándula, las ramas de división temporal y cigomática del ramo superior, que yacen sobre el periostio y son fácilmente identificables y disecciona hacia atrás separando el tejido glandular del nervio. **Bailey** comienza su disección del lóbulo superficial por la parte más baja del borde anterior en tanto que **State** después de exponer el borde anterior y la emergencia de las ramas terminales, secciona el Stenon y levanta hacia atrás el lóbulo superficial teniendo a la vista el plano de división del nervio, hasta que el istmo es alcanzado. El procedimiento de utilizar un ramo de división para identificar luego el tronco exige un cuidadoso tratamiento del nervio que no debe ser comprimido ni pellizcado sino manejado muy suavemente, separado con ganchos o asas de hilo. Lo hemos practicado varias veces en el cadáver; sus dificultades son grandes y es presumible que las lesiones que se busca evitar son más frecuentes con este método que descubriendo inicialmente el tronco; algunos cirujanos consideran que en personas gruesas o cuando hay abundante hemorragia en capa este procedimiento puede llegar a ser un "misterio quirúrgico".

*La identificación del tronco del facial* buscándolo en su segmento retroglandular oblicuo abajo, afuera y adelante, segmento comprendido entre su salida del agujero estilo mastoideo, aplicado contra la base de la apófisis estiloides y su entrada en la glándula, es el criterio que hemos seguido en nuestros dos casos. Es un segmento relativamente corto que se puede estimar entre

0 cm. 5 y 2 cm. Este tipo de abordaje que hemos estudiado detenidamente en el cadáver nos parece excelente; trazada la incisión, disecado el colgajo cutáneo hacia adelante de modo de exponer ampliamente la glándula, hecho fundamental, y ligada la yugular externa en su emergencia en el polo inferior, que debe ser liberado (a menudo por delante de la yugular externa, en su contacto, pero más profundamente se ve el tronco de la comunicante intraparótida que debe ser liberada y ligada cuidando de no herir el filete del facial destinado al cutáneo y al triangular de los labios), se trabaja sobre el borde posterior de la parótida que cubre a menudo el borde anterior del esternocleidomastoideo del que debe liberarse; igualmente el borde posterior de la parótida debe liberarse de sus adherencias mastoideas, lo que debe llevarse hasta el nivel del conducto auditivo externo.

El nervio está profundo pero sólo tejido glandular lo cubre; reclinando la parótida hacia adelante se evidencia el borde superior del vientre posterior del digástrico y se palpa la estiloides, en cuyo contacto, tendido por la tracción adelante de la glándula se descubre el nervio, generalmente a  $\frac{1}{2}$  cm. debajo de la base de la apófisis. En el segmento retroglandular recibe la estilomastoidea cuya hemostasis debe ser cuidadosa, rama de la auricular posterior que oblicua arriba y atrás, paralela al digástrico, debe ser ligada al liberar el borde posterior glandular. Descubierta el tronco, el seguirlo hacia adelante abre el plano de separación entre los dos lóbulos; en verdad hay siempre lóbulos glandulares pequeños que se insinúan entre las ramas y que deben ser seccionados; el plano de clivaje mencionado no es siempre evidente y las ramas de división secundaria deben ser disecadas del tejido glandular del lóbulo superficial.

La lobectomía superficial supone la disección del lóbulo superficial aislándolo de las ramas del nervio. La lobectomía profunda como en nuestro primer caso, o la parotidectomía total como en el segundo enfermo son perfectamente posibles. Las dificultades que pueden encontrarse son función de las diferentes maneras de división del tronco y anastomosis secundarias de sus ramas. En un número grande de casos queda entre las ramas que bordean el istmo espacio suficiente como para abordar más o menos cómodamente el lóbulo profundo, sin amenaza para el

tronco o sus ramas. En el caso 1 que respondía al tipo III de Mc Cormack y en la observación 2 que estaba dentro del tipo I, el abordaje y la extirpación del lóbulo profundo fueron realizados sin dificultades. En ninguno de los dos casos fué necesario ligar la carótida externa que permanecía subglandular; el tumor reposaba sobre ella pero sin adherirle íntimamente; en cambio debieron ligarse varios elementos venosos del confluente intraparotídeo yuxta y pericondiliano. Creemos que en las ectomías mismo totales, por tumor mixto, la carótida externa raramente debe ser ligada; no lo fué en ninguno de nuestros dos casos. La operación es seguida en casi todos los casos de una paresia facial que cede más o menos rápidamente.

Muy brevemente nos referiremos a los problemas de la *anestesia; incisión y fistula salival postoperatoria*.

La operación puede ser conducida con *anestesia local* (observación 1); es preferida por varios cirujanos considerando que facilita la disección del nervio; se puede obtener con ella la cooperación del paciente para los movimientos faciales, especialmente si se hace *anestesia regional* (maxilares y cervicales) lo que impide la parálisis transitoria por infiltración local. La *anestesia general* (observación 2) es excelente y parece preferida por la mayoría de los cirujanos americanos.

*La incisión*, dentro de su numerosas variantes, sigue en sus lineamientos generales, lo que se conoce en el ambiente rioplatense con el nombre de incisión de Gutiérrez. En nuestros dos casos la hemos practicado con la modificación de Finochietto, que suprime el trazo paralelo al cigoma, trazo este último que la mayoría de los cirujanos no realiza. Riessner, en cambio, le concede particular importancia, ya que en su técnica la descubierta de los ramos temporales y cigomáticos que cruzan la arcaada son el punto inicial de la descubierta del nervio.

El problema de la *fístula salival residual* en las operaciones que no suprimen totalmente la glándula preocupa en forma especial a Riessner, que con el fin de evitarla ha incorporado sistemáticamente a su técnica la enervación vegetativa secretoria, seccionando todas las ramas terminales del aurículo temporal, que incluye: 1) las que se anastomosan directamente con el facial; 2) las que penetran directamente en la glándula y 3) las

que se extienden como prolongación del nervio sobre el plano temporal y sobre el conducto auditivo. La sección de estas ramas nerviosas no perjudica al enfermo, ni en lo estético ni del punto de vista general.

Aún cuando en materia de tumores mixtos salivales toda afirmación dogmática debe ser evitada, creemos que a modo de *consideraciones finales* pueden esbozarse algunos conceptos como resumen y síntesis de lo expuesto precedentemente:

1. El *diagnóstico* clínico de los tumores mixtos es generalmente fácil. La mayoría ocurren en el lóbulo superficial, en las vecindades del polo inferior. La sialografía es un método complementario de interés; tiene además de su valor orientador sobre la naturaleza del tumor, importancia para informar sobre la topografía superficial o profunda del mismo.

2. La gran variabilidad histológica de un tumor a otro, la evolución a menudo caprichosa, no vinculable estrechamente al aspecto microscópico, las recidivas que pueden ser muy tardías, no siempre de aspecto más maligno que el tumor inicial, hacen cuestionables la mayoría de las afirmaciones en cuanto a indicaciones, tácticas y técnicas quirúrgicas se refiere.

3. La mayoría de los autores admite que un tumor mixto *debe ser intervenido* desde que se le diagnostica, no pareciendo indicada la vigilancia del crecimiento tumoral. Justifican proceder así: 1) su reconocimiento habitualmente tardío, después de un tiempo largo de evolución; 2) el tiempo perdido, a veces de años, antes de la consulta médica; 3) un tanto por ciento, variable de una estadística a otra, pero constante, de casos de malignidad histológica neta, no sospechada clínicamente (con las reservas en cuanto se refiere a basar el pronóstico en la histología de estos tumores).

4. *La extirpación total del tumor* evitando siempre de abrir la cápsula es el tratamiento racional. La *enucleo-resección* cuenta con muchos partidarios aun cuando se tiende a admitir que la exigencia de una extirpación total sólo se cumple con una *parotidectomía parcial* (lobectomía) o *total* en base a: 1) origen frecuentemente *multicéntrico*; 2) *encapsulamiento* precario, no constante; 3) aspecto a menudo *quístico*; 4) las *recidivas* fre-

cuentes, por lo menos las precoces, irían por cuenta de extirpaciones incompletas. En nuestra opinión, la *edad* del enfermo tiene importancia para decidirse o no por una ectomía total dada la lenta evolución de estas formaciones tumorales. Las recidivas a menudo muy tardías hacen aventurado afirmar cuál criterio de exéresis es el que más seguridades ofrece en cuanto se refiere a curaciones definitivas.

5. El problema eje dentro de la técnica es la *conservación del facial*, sólo posible partiendo de la base de que las parotidectomías por tumores mixtos, aun aceptados éstos como potencialmente malignos, se hacen por extirpación local del tumor, fragmentación de la glándula y disección del nervio dentro de la misma y no como si se tratase de un epiteloma común. Preferimos la identificación del tronco nervioso como guía para evitar su lesión, descubriéndolo en su segmento retroglándular; es posible con ella hacer, según se juzgue necesario, una extirpación; una enucleo-resección; una lobectomía superficial o profunda o una parotidectomía total.

#### SUMMARY

It is a general agreement that it is impossible to be dogmatic about the mixed tumors of the salivary glands. The conclusions of Mc Farland with his great authority are of permanent value: "They disregard every canon of oncology and continually do the most unexpected things. It is impossible through the microscopic study of their structure, to foretell what any of them will do any variety may recur. The long delay before recurrence deludes the surgeon and roentgenologist into believing that he has been successful in his treatment, when no good at all has resulted. The same long delay and the occasional recurrence of the tumors 20, 30 or 40 years after operation justifies the question, "Is any patient, once the victim of such a tumor ever cured " "The more we learn about the mixed tumors of the salivary glands, the less we seem to know".

Like final considerations of this work we may state:

1. The clinical diagnosis of mixed tumors is usually not difficult. Most tumors occur in the superficial lobe, in the lower pole. Sialography is an interesting complementary method of

examen; it frequently has value to orient about the nature of the mass and to inform the topography in the superficial or deep lobe.

2. Most assertions about indications and surgical tactics and technics are questionable because mixed tumors have great histologic variability, evolution is often unexpected and in no accurate relation with the microscopic aspect; recurrences are extremely frequent and it may appear very late.

3. Most authors accept that one mixed tumor must be treated as soon as it is diagnosed. Watching tumors grow in this area is not indicated. The reasons to act in this way are: 1) these tumors have existed for a long time before they have been noticed; 2) usually a long time has elapsed between they have been noticed by the patient and the medical consultation; 3) a per cent of the tumors are malignant though they are clinically unsuspected of being malignant.

4. Treatment of mixed tumors is the whole extirpation of the mass; capsule must be avoided. *Enucleation* have few partisans. Many authors prefer *enucleo-resection* even when we can admit that whole extirpation demands *partial (lobectomy)* or *total parotidectomy*. The reasons for the last assertion are: 1) mixed tumors may be *multicentric* in origin; 2) they are often *poorly encapsulated*; 3) *cystic aspect* of the mass in many cases; 4) high incidence of *recurrences* following surgery, especially early recurrences, may be due mainly to incomplete excision of the neoplasm. In our opinion the *age* of the patient is very important to decide lobectomy or total parotidectomy because the slow evolution of these tumors.

But, we must remember that late recurrences do hazardous assert one determined criterion of exeresis like the best method of surgical treatment.

5. The central problem of the surgical technique is the preservation of the facial nerve. We must accept that its preservation is possible if we consider that the parotidectomy in these cases are performed by local extirpation, dissection, cutting or morcellement of the surrounding glandular tissue, with the conception that mixed tumors are absolutely different to the common carcinoma even they are or they may be malignant. We prefer



to perform the operation by the identification of the main trunk discovering it directly from behind as it comes into the gland area. It is possible with this method to do one enucleation, or enucleo-resection, or superficial or deep lobectomy or a total parotidectomy, without damage to the facial nerve.

BIBLIOGRAFIA

1. BAILEY, H. — Treatment of Tumors of Parotid Gland, with Special Reference to Total Parotidectomy. *Brit. J. Surg.* 28: 337-346, 1941.
2. BROWN, J. B., MC DOWELL, F. and FRYER, M. V. — Direct Operative Removal of Benign Mixed Tumors of Anlage Origin in The Parotid Region. *Surg. Gynec. Obst.* 90: 257-268, 1950.
3. BUXTON, R. W., MAXWELL, J. H. and COOPER, D. R. — Tumors of the Parotid Gland. *Laryngoscope* 59: 565-594, 1949.
4. BUXTON, R. W., MAXWELL, J. H. and COOPER, D. R. — Surgical Treatment of Epithelial Tumors of the Parotid Gland. *Surg. Gynec. Obst.* 97: 401-416, 1953.
5. EWING, J. — Neoplastic Diseases. 4th. ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1940.
6. KIRKLIN, J. W., MC DONALD, J. R., HARRINGTON, S. M. and NEW, J. B. — Parotid Tumors; Histopathology, Clinical Behavior and End Results. *Surg. Gynec. Obst.* 92: 721-733, 1951.
7. LEGER, L. — Tumeurs dites mixtes de la parotide. *Précis de Pathologie Chirurgicale*, Tome III, p. 408-417. Paris, Masson, 1949.
8. MARTIN, H. and EHRLICH, H. — Papillary Cystadenoma Lymphomatosum (Warthin's Tumors) of the Parotid Salivary Gland. *Surg. Gynec. Obst.* 79: 611-623, 1944.
9. MC CORMACK, L. J., CAUDWELL, E. W. and ANSON, B. J. — The Surgical Anatomy of the Facial Nerve with Special Reference to the Parotid Gland. *Surg. Gynec. Obst.* 80: 620-630: 1945.
10. MC FARLAND, J. — The Mysterious Mixed Tumors of the Salivary Glands. *Surg. Gynec. Obst.* 76: 23-34: 1943.
11. RIESSNER, D. — Surgical Procedure in Tumors of the Parotid Gland. *Arch. Surg.* 65: 831-848, 1952.
12. STATE, D. — Superficial Lobectomy and Total Parotidectomy with Preservation of the Facial Nerve in the Treatment of Parotid Tumors. *Surg. Gynec. Obst.* 89: 237-241, 1949.
13. THOMPSON, A. S. y BRYANT, H. C. — Histogenesis of papillary systadenoma lymphomatosum (warthin's tumor) of the parotid salivary gland. *Am. J. Path.* 26: 807 - 850; 1950.
14. WHEELOCK, M. C. y STRAWD, C. M. — Papillary Cystadenoma Lymphomatosum. *Surg. Gynec. Obst.* 98: 571 - 574; 1954.

**Dr. García Capurro.** — Quería decir algunas palabras al respecto: mi impresión es que, no siendo raras excepciones la extirpación total de la parótida es la operación a realizar.

Me ha llevado a esta manera de pensar el hecho de que he visto muchas recidivas de tumores de parótida. De que, como se desprende de lo dicho por el Dr. Piquinela, el hacer la intervención se encuentra que el tumor es más profundo y más grande que lo que se esperaba. Como regla general se encuentra que el tumor es más grande de lo que clínicamente parece.

De manera que por las recidivas y por el hecho de que se va a encontrar con un tumor bastante grande, más vale plantear la intervención desde el comienzo como una extirpación total.

Después, tenemos que tener en cuenta que si el tumor es pequeño, la extirpación respetando el facial es fácil, no es una operación mayormente trabajosa. Si el tumor es grande no tenemos más remedio que hacer la extirpación total. Es más obligatorio que en el caso anterior. La técnica que he preferido es comenzando por la descubierta de la facial.

Quería llamar la atención sobre un trabajo que vi últimamente, en el cual en la extirpación de un tumor que obligó a la sección del facial se había hecho un injerto de nervio y a los seis meses había seguido una recuperación total de la motilidad de la cara. Para hacer mejor ese tipo de cirugía se necesita un entrenamiento especial, pero es un resultado extraordinariamente brillante y tenemos que tenerlo en cuenta. Estoy completamente de acuerdo con todo lo que ha expresado el Dr. Piquinela y sólo quería expresar cuál era mi posición frente a ello.

**Dr. Piquinela.** — Agradezco al Dr. García Capurro el que se haya ocupado de este trabajo. El problema de la recidiva está estudiado en la comunicación; en homenaje al tiempo, no lo he leído en toda su extensión. La tendencia de la mayoría de los cirujanos en el momento actual parece ser la de hacer una parotidectomía parcial o total en los tumores mixtos. Lo que no permite todavía sacar conclusiones es que no se dispone de grandes series de enfermos así tratados y el hecho perfectamente conocido de recidivas comprobadas a veces 20 ó 30 años después de la operación, en enfermos considerados como curados por sus propios cirujanos.

De ahí que la posición a adoptar en este problema depende de lo que la experiencia muestre al respecto en una larga serie de enfermos. Sólo la comparación de la evolución en enfermos tratados por la extirpación del tumor y en pacientes en quienes se ha hecho la parotidectomía parcial o total podrá hacer surgir la verdad en cuanto a cuál es el mejor tratamiento de estos tumores. Llama la atención que mientras muchos autores sostienen que los mejores resultados se obtienen con una ectomía parcial o total, que aparecería justificada además por razones de índole patogénica, en un trabajo muy serio de autores de gran experiencia se sostiene recientemente que nada justifica hacer otra cosa que la exéresis sola del tumor, mostrando no haber tenido un caso de recidiva en un periodo de 10 a 15 años de observación, en casi cien casos así tratados.