

Tumores de la glándula parótida

Dr. Carlos A. Sarroca *

Revisión retrospectiva de 80 observaciones de tumores parotídeos: cánceres 26 %, adenomas pleomorfos 56%, tumores de Warthin 7 % y otros 8 %. De los tumores mixtos, 6 eran recidivados luego de operaciones de exéresis incompletas (enucleación o parotidectomía superficial parcial). La parotidectomía superficial total muestra en la serie una única recidiva en 31 casos. La secuela postoperatoria más importante, es la parálisis facial: muy frecuentemente transitoria, definitiva se la ve pocas veces. En las exéresis por procesos benignos, complica en general a los casos recidivados.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Parotid neoplasms.

Del Archivo del Hospital de Clínicas entre los años 1953 y 1971, se obtuvieron 80 historias clínicas de tumores originados en la parótida, sin tener en cuenta localizaciones a ese nivel, de afecciones regionales o generales.

La frecuencia global es baja: Herrero Ducoux: 0.14 % (7); Cernea y Laudénbach (5) citando a Evans, consideran que un sujeto en 100.000 por año corre el riesgo de tener un tumor parotídeo.

En la frecuencia de los tumores parotídeos en sí, hallamos un 26 % de cánceres (neoplasias que en esta serie correspondieron todas a la serie epitelial) y un 73 % de lo que denominamos *tumores parotídeos*, en los que englobamos tumores benignos y adenomas pleomorfos.

Otras series (2, 9) dan cifras similares. Con respecto a la distribución de frecuencias según el tipo anatomopatológico, se observa el neto predominio de los adenomas pleomorfos: 57 %, siguiéndoles en orden de frecuencia los cánceres con un 26 % y mucho más alejadas, otros tipos de afecciones.

Por lo tanto: *todo tumor parotídeo puede corresponder a un cáncer hasta demostración de lo contrario y no debe abandonarse a su propia evolución debiendo ser tratado en primera instancia.*

La edad de consulta es más elevada en los cánceres (9, 13).

Hay un predominio del sexo femenino que es más evidente en los cánceres: sexo femenino, 59 %; masculino, 41 %.

Presentado a la sesión conjunta de la Sociedad de Cirugía del Uruguay y la Sociedad de Otorrinolaringología del Uruguay, el 6 de noviembre de 1974.

* Adjunto de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Pilcomayo 5393, Montevideo.

Clínica Quirúrgica "F" (Prof. Luis A. Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela, Montevideo.

CLINICA

Generalmente el tumor parotídeo se manifiesta por el tumor, mientras que el neoplasma lo hace por este signo agregado a otra sintomatología, sobre todo dolor.

Por lo tanto: *todo tumor de la parótida que además de su presencia se manifiesta por dolor y más si tiene parestesias o parálisis, puede ser un cáncer.*

El crecimiento tumoral es otro signo de importancia, puesto que nos puede hablar del genio evolutivo: tumor de rápido crecimiento y compromiso neurológico nos habla de un proceso maligno de alto grado de evolutividad.

Consultan en general sólo por el signo tumor (7, 9, 13), no haciéndolo en esa forma los neoplasmas malignos, como se desprende del cuadro 1. Los tumores parotídeos muestran la deformación estética y de los otros síntomas prácticamente carecen. Lo contrario con los malignos: alta frecuencia de dolor, parestesias, parálisis, así como elementos de invasión regional y repercusión general.

En los adenomas pleomorfos observamos que con frecuencia se trata de un tumor que crece lento. Un quiste canalicular puede manifestarse por crecimiento en empujes. Los cánceres generalmente corresponden a tumores que crecen, algunos lo hacen rápidamente, y ello correspondió a las formas más malignas.

Como concepto fundamental: *no todos los tumores parotídeos levantan el lóbulo de la oreja*, lo cual depende que el mismo esté cercano a él en su crecimiento, o si son tumores grandes, van a levantarlo.

El máximo de frecuencia es en el espacio intermaxilomastoideo, o sea donde hay mayor

CUADRO 1

MANIFESTACIONES CLINICAS

	Cáncer	T. parót.
Tumor solo	18 %	77 %
Dolor	52 %	3 %
Parestesias	23 %	4 %
Parálisis facial	22 %	
Invasión de piel	28 %	
Repercusión general	28 %	

cantidad de parénquima glandular. La topografía de los cánceres es similar.

Corresponden en su mayoría a tumores del lóbulo superficial.

Comparativamente, es más frecuente la existencia de un tumor grande en los cánceres.

ANATOMIA PATOLOGICA

Seguimos la clasificación presentada por Casinelli (4).

CUADRO 2
ANATOMIA PATOLOGICA

Cánceres.	
Epiteliomas:	
Glanduliformes	9
Mucoepidermoides	2
Malpighianos ..	4
Indiferenciados	4
"Epiteliomas"	2
T. parotídeos.	
Lesión linfopitelial benigna	1
Linfangioma	1
Quistes	3
Epitelial:	
Adenomas	2
T. de Warthin	6
Adenomas pleomorfos	45

En nuestra serie (cuadro 2) de las neoplasias malignas, correspondió la mayor frecuencia a las formas glanduliformes.

En los tumores parotídeos se observa la marcada frecuencia de los adenomas pleomorfos o tumores mixtos.

Por lo tanto, frente a un tumor de la parótida, puede corresponder en orden de frecuencia a:

—un tumor mixto	56 %
—un cáncer	26 %
—tumor de Warthin	7 %
—adenomas	2 %
—otros	6 %

En el cuadro 3 mostramos todos los casos de tumores que tuvieron recidivas, o sea que consultaron por un tumor recidivado una o más veces. Se hace evidente el hecho que las

CUADRO 3
RECIDIVAS

	Interven-	
	ciones	
Enucleación ..	9	5
Parotidectomía parcial	8	3
Parotidectomía superficial	31	1
Parot. superf. (T. M. recid.)		5
Parotidectomía total	9	0
Parot. total (T. M. recid.)		3

intervenciones incompletas: enucleación o resección parcial tienen alto grado de recidiva (3).

Se plantean así las interrogantes dadas por el alto potencial de recidivas que se halla alrededor del 30 % (13). Esto puede deberse a:

- origen multicéntrico: existencia de focos tumorales lejanos al tumor primario;
- intervención incompleta: enucleación (intervención proscrita);
- siembra operatoria debida a ruptura tumoral o a resección económica.

DIAGNOSTICO

De los casos vistos: hallamos que se utilizaron sialogramas y citogramas.

En los primeros se realizaron en los cánceres en 33 % de los casos, orientando sólo en un 9 % a proceso maligno.

En los tumores parotídeos se hizo en el 34 %, orientando a la existencia del mismo en el 64 %. O sea que el valor es más bien topográfico que diagnóstico.

El valor del citograma es mayor: 57 % de positivos en los cánceres y 92 % en los otros casos.

TRATAMIENTO

Es quirúrgico (1, 7, 8, 14) y variable según la anatomía patológica del proceso.

Tumor benigno pequeño es pasible de una resección completa del mismo (10). No ocurre igual con los adenomas pleomorfos (tumores mixtos). Por dos razones:

- potencial de recidiva que es elevado;
- transformación de transformación maligna, que es un punto no dilucidado aún.

Existen un 10 % de cánceres en un tumor mixto, se plantean por ello dos hipótesis:

- a) transformación del adenoma pleomorfo;
- b) concomitancia de éste con un neoplasma maligno.

Es por este motivo, junto a la posibilidad de multicentricidad, que autores como Redon (13) preconizan la parotidectomía total conservadora para evitar estos riesgos.

La biopsia extemporánea tiene gran valor por poder hacer el diagnóstico en el intraoperatorio. Se realizó muy escasas veces (1, 4, 13, 14).

En el cuadro 4 presentamos los tipos de tratamiento seguidos en los tumores malignos.

CUADRO 4

CANCERES. TRATAMIENTO	
Cirugía:	
Radical + vaciamiento	5
Parotidectomía total sacrif. facial ...	3
Parotidectomía total conserv. facial	3
Parotidectomía superficial ...	3
Vaciamiento diferido	1
Radioterapia	3
Radio y quimioterapia	1
Sin tratamiento	2

Vemos que el tratamiento primario es quirúrgico (7, 8, 14). A éste en general se le suma tratamiento actínico postoperatorio.

La radioterapia y la quimioterapia aislada se utilizaron en casos avanzados.

Dos casos se hallaban fuera de todo recurso.

Con respecto al tratamiento de los tumores parotídeos (cuadro 5), vemos que el mismo se ajusta a las directivas que serán enunciadas.

CUADRO 5

T. PAROTÍDEOS. TRATAMIENTO

Enucleación	9
Parotidectomía parcial	3
Parotidectomía sup. 31 + 5 TM Recid.	36
Parotidectomía total 9 + 3 TM Recid.	12

El máximo de frecuencia correspondió a la parotidectomía superficial o extrafacial.

Con respecto a las *secuelas* (cuadro 6), es evidente que cuanto mayor es la intervención, y más si corresponde a una recidiva, la misma es más frecuente (1).

CUADRO 6

SECUELAS

Enucleación	9
Parálisis transitoria	1
Fistula salival	1
Parotidectomía parcial	3
Parálisis parcial	1
Parálisis total	1
Parotidectomía superficial	36
Parálisis transitoria . . .	7
Parálisis parcial	4
Parálisis total	4
Síndrome de Frei	3
Parotidectomía total . . .	12
Parálisis transitoria	3
Parálisis parcial	6
Parálisis total	1
Fistula salival . .	1

Destacamos el hecho que en un número elevado de casos hubo complicaciones que cediéron con tratamiento y con la evolución (parálisis facial transitoria). Por lo tanto, la secuela más frecuente correspondió a la parálisis facial, que repetimos que como complicación postoperatoria transitoria se presentó en un número elevado de casos.

Destacamos otro hecho: de que hablamos de secuelas de los *tumores parotídeos*. No consideramos los cánceres.

La parotidectomía superficial muestra escaso número de recidivas (3). Para esto, debe tenerse un control prolongado del paciente, que debe ser de muchos años (10 o más).

Vemos que en los recidivados y en las parotidectomías totales es donde se produce el mayor número de secuelas.

Hay autores (11) que señalan 30 % de parálisis transitoria y 16 % de parálisis definitiva.

Con respecto a la evolución, ya dijimos que no hay control de los pacientes.

En los tumores parotídeos es buena (3), mientras que en los tumores malignos depende de los hechos enunciados.

RÉSUMÉ

Tumeurs de la glande parotide.

Rétrospective de 80 observations de tumeurs parotidiennes: cancers 26 %, adénomes pléomorphes 56 %, tumeurs de Warthin 7 %, et autres 8 %. Parmi les tumeurs mixtes, 6 étaient des récidives d'opérations d'exérèse incomplètes (énucléation ou parotidectomie superficielle partielle). La parotidectomie superficielle totale montre dans la série une seule récidive sur 31 cas. La séquelle post-opératoire la plus importante est la paralysie faciale le plus souvent transitoire, très rarement définitive. C'est en général une complications des cas de récidive dans les exérèses pour tumeurs bénins.

SUMMARY

Tumors of the parotid gland.

This is a retrospective review of 80 cases of parotid tumors: 26 % cancers, 56 % mixed tumors, 7 % Warthin tumors, and 8 % assorted tumors. Out of the mixed tumors, 6 had recurred after partial excisions (enucleation or partial superficial parotidectomy).

In the series there was only one recurrence, out of 31 cases, after total superficial parotidectomy. The most important post-operative sequel was facial paralysis. This is very often transient, seldom definitive. In the excisions of benign tumors facial paralysis generally complicates the recurred cases.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ARDAO H. El tratamiento de los tumores de la parótida. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 89, 1: 11, 1957.
- BEAHR'S OH, CHONG GUAN C. Management of the facial nerve in parotid surgery. *Arch Surg*, 124, 473, 1972
- BEAHR'S OH, WOOLNER LB, CARVETH SX, DEVINE KD. Surgical management of parotid lesions. *Arch Surg*, 80: 890, 1960.
- CASSINELLI JF. Anatomía patológica de los tumores de la parótida. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 89, 1: 77, 1957.
- CERNEA P, LAUDENBACH P. Le développement de la pathologie salivaire et de sa thérapeutique. *Rev Prat*, 22: 4271, 1972.
- EWING J. Oncología. 4ª ed. Barcelona Salvat, 1948
- HERRERO DUCLOUX K. Tumores de la parótida. *Congreso Argentino de Cirugía*, 279. Fascículo I. 1956.
- HOLLANDER L and CUNNINGHAM MP. Management of cancer of the parotid gland. *Surg Clin North Am*, 53: 113, 1973.
- HUGO NE, Mc KINNEY P and GRIFFITH BH. Management of tumors of the parotid gland. *Surg Clin North Am*, 53: 105, 1973.
- LATHROP FS. Management of tumors of the parotid gland. *Surg Clin North Am*, 47: 589, 1967.
- MOHADEB M, CHIESA D. Consideraciones sobre cirugía de la parótida. *Rev Argent Cir*, 24: 113, 1973.
- PIQUINELA JA. Los tumores mixtos de la parótida. El tumor de Warthin. Parotidectomía con conservación del facial. *Bol Soc Cir Urug*, 25: 250, 1954.
- REDON H. Chirurgie des glandes salivaires. Paris, Masson, 1955.
- VAILLANT JM, LAUDENBACH P, BROCHERIOU C. Tumeurs parotidiennes. *Rev Prat*, 22: 4345, 1972.