

Tumores del lóbulo profundo de la parótida

Dr. Luis A. Castillo *

Se estudian los tumores del lóbulo profundo de la parótida, considerablemente menos frecuentes que los del lóbulo superficial, analizando las características de los que evolucionan hacia la superficie, así como la de los que lo hacen hacia la profundidad. De 84 historias clínicas de tumores de parótida (77 del Hospital de Clínicas y 7 del autor), 46 correspondían a adenomas pleomorfos y 7 de ellos asentaban en el lóbulo profundo. Se presenta la idea de que de estos tumores, los que crecen hacia la cavidad oral (3 casos de la serie), tienen su origen, no en el lóbulo profundo, sino en la prolongación faríngea de la parótida, en glándulas salivales accesorias posteriores o en tejido glandular salival aberrante. Se hacen consideraciones sobre el tratamiento.

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

El lóbulo profundo de la glándula parótida es asiento de tumores en proporción considerablemente inferior a la de aquellos que se localizan en el lóbulo superficial.

En la literatura hay solo referencias tangenciales al tema. Esta localización profunda plantea problemas de interpretación de diagnóstico y de tratamiento no siempre fáciles de resolver.

Para comprender bien cuál es la topografía de estos tumores así como sus manifestaciones clínicas, es útil hacer un repaso de la anatomía de la región. Si recordamos un corte horizontal de la misma, se puede entender que una tumoración que tenga su origen a nivel del lóbulo profundo de la parótida o de su prolongación faríngea puede crecer hacia adentro hacia el espacio preestileo y manifestarse clínicamente por una deformación de la pared lateral de la faringe y del velo del paladar. En cambio cuando crece hacia la superficie externa, la tumoración aparecerá por detrás del ángulo del maxilar y de su rama montante.

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.

* Profesor Director de Clínica Otorrinolaringológica.

○ Dirección: Juan Benito Blanco 3254, Montevideo.

Clínica Otorrinolaringológica (Prof. Dr. Luis A. Castillo). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo.

Dada las características y la profundidad del espacio parafaríngeo, una tumoración que asiente en él, debe alcanzar cierto volumen antes de manifestarse clínicamente.

A su nivel existen diversas estructuras que pueden ser asiento de tumores: tejido glandular salival, nervios, vasos, ganglios linfáticos, grasa, etc.

PATOLOGIA

Dentro de su relativa poca frecuencia el adenoma pleomorfo es el tumor más corriente del lóbulo profundo. También se observa el cistoadenolinfoma papilar y el adenocarcinoma. La región puede ser asiento de otros tumores: Schwannomas, lipomas, quemodectomas, linfomas malignos.

De 84 historias clínicas sobre tumoraciones de parótida, tomadas del Hospital de Clínicas y de nuestro fichero personal corresponden 46 a adenomas pleomorfos, de los cuales 39 están localizados en el lóbulo superficial y 7 en el profundo.

A nivel del lóbulo profundo de la parótida predominan los tumores benignos.

Cuando el tumor crece hacia afuera empuja el nervio facial hacia la superficie. La tumoración aparece en estos casos en la proyección cutánea de la parótida. El tumor es bastante fijo y plantea problemas quirúrgicos complejos por su fijeza y por el desplazamiento del trayecto del facial.

Los tumores que aparecen a nivel de la orofaringe deforman el paladar blando. Estos tumores pueden originarse en el lóbulo profundo, en la prolongación faríngea de la parótida o en glándulas salivales accesorias.

Sin descartar el origen en el lóbulo profundo creemos que se inician en la prolongación faríngea de la parótida y principalmente en tejido glandular salival ectópico del espacio parafaríngeo y en las glándulas salivales accesorias posteriores. Esta opinión se basa en el hecho de que estos tumores tienen determinadas características particulares. Nuestra experiencia es pequeña, registrando tres casos, en

los cuales se repiten los mismos hechos que nos llevan a pensar de este modo.

a) Durante el acto quirúrgico realizado por vía oral, al seccionar la mucosa se llega rápidamente a un plano de clivaje que permite una fácil y rápida enucleación. Con maniobras digitales simples sin encontrar ninguna zona de mayor resistencia, se consigue la exéresis.

b) En nuestros casos no hemos encontrado elementos de continuidad con la glándula parótida. Se presentan como tumores aislados originados aparentemente en un sitio ajeno a la glándula parótida.

c) Los tres casos resultaron ser desde el punto de vista anatómo-patológico adenomas pleomorfos y pese a su histología y a haber sido extirpados por enucleación, ninguno recidivó. Se comportaron en este aspecto como los adenomas pleomorfos de las glándulas salivales menores.

La existencia de adenomas pleomorfos en otros sitios de la cavidad oral, aun en aquellos en que normalmente no hay glándulas salivales menores, habla de la presencia de tejido glandular salival aberrante, tejido que también puede existir a nivel de la pared faríngea y del espacio para-faríngeo.

CLINICA

Desde el punto de vista clínico es conveniente diferenciar los tumores que evolucionan hacia la superficie de aquellos que lo hacen hacia la profundidad.

Los que crecen hacia la superficie tienen la sintomatología corriente de los tumores de parótida y nada permite diferenciarlos de los que se localizan en el lóbulo superficial.

Tumoración de crecimiento lento. A veces crece por empujes, luego de largos períodos de estacionamiento, localizada por detrás del ángulo del maxilar y de la rama montante, levantan a veces el lóbulo de la oreja, topografiándose otras por delante del tragus. Sin compromiso cutáneo.

De movilidad limitada. Indolora, puede tener a veces discreta sensación de plenitud. La existencia de dolor discreto, mantenido, exacerbado en oportunidades por el apoyo en la almohada o por la ingestión de alimentos y por la masticación, debe hacer pensar en la existencia de un tumor maligno. La aparición de una paresia o de una parálisis facial periférica lleva con más fuerza al mismo diagnóstico.

Al realizar la semiología de la tumoración, es importante, además, observar la faringe y hacer la palpación bidigital con un dedo introducido en la cavidad oral. Se puede determinar así, si la masa tiene prolongación faríngea, lo que hablaría en favor de la participación del lóbulo profundo.

La sialografía y la punción citológica son elementos paraclínicos que ayudan al diagnóstico.

Los tumores de crecimiento oral cursan frecuentemente en forma asintomática hasta que son notados por el propio paciente, por el médico a quien consultan, por cualquier otro proceso de garganta o de boca o por el odontólogo.

Pueden a veces ocasionar un discreto dolor.

Cuando su tamaño es grande dan síntomas por aumento de masa: disfagia, dificultad y molestias a la deglución, cambios de la voz por modificaciones del resonador; obstrucción nasal y mismo repercusión auricular por compromiso tubario.

La inspección de la cavidad oral muestra la existencia de una tumoración de superficie lisa, no ulcerada localizada a nivel de pared lateral de faringe y del paladar blando en un hemivevo, que empuja la úvula hacia el lado opuesto.

A la palpación es indolora y de consistencia firme.

La punción citológica es de ayuda diagnóstica.

TRATAMIENTO

El tratamiento es quirúrgico. En los tumores benignos de proyección cutánea la parotidectomía total con conservación del facial presenta dificultades por la fijación profunda del tumor y por el desplazamiento del nervio facial. En efecto, el tumor al crecer desplaza el nervio hacia afuera y lo expone peligrosamente al quedar situado por debajo del lóbulo superficial normal, que a veces está reducido a una simple lámina.

Cuando el tumor es muy fijo y hay dificultades para encontrar el tronco del nervio, se lo puede buscar en sentido inverso de la periferia al centro a partir del ramo temporomandibular, encontrándolo en el cruce con la vena facial.

En casos de tumores malignos se debe proceder a la parotidectomía total con facial y vaciamiento celulo-linfoganglionar de cuello seguido de radioterapia.

Los tumores intraorales se operan bajo anestesia general con el paciente intubado en posición de Rose y con un abre-boca provisto de baja lengua.

Hecha la incisión de la mucosa se llega rápidamente al plano de clivaje. Con una pinza americana se inicia el decolamiento que luego se continúa digitalmente con el dedo montado en una gasa.

La enucleación digital se realiza sin dificultades y permite al cirujano tener la información del tacto en una región profunda no siempre fácil de ver en toda su periferia.

Una vez extraído el tumor se dan algunos puntos de acercamiento y se coloca una gasa yodoformada en la cavidad que cicatrizará por segunda.

RÉSUMÉ**Tumeurs du lobe profond de la parotide.**

Étude des tumeurs du lobe profond de la parotide, beaucoup moins fréquentes que celles du lobe superficiel et analyse des caractéristiques de celles qui évoluent vers la surface ou en profondeur. Sur 84 histoires cliniques de tumeurs de la parotide (77 de l'Hôpital des Cliniques et 7 de l'auteur), 46 correspondaient à des adénomes pléomorphes et 7 se situaient dans le lobe profond. L'auteur estime que parmi ces tumeurs, celles qui se développent vers la cavité orale (3 cas de la série), n'ont pas leur origine dans le lobe profond, mais dans le prolongement pharyngien de la parotide, dans les glandes salivaires accessoires postérieures ou dans du tissu glandulaire salivaire aberrant. Considérations sur le traitement.

SUMMARY**Tumors of the deep lobe of the parotid gland.**

The author studies the tumors of the deep lobe of the parotid gland, which are considerably less frequent than those of the superficial lobe. He discusses the characteristics of those evolving toward the surface, as well as the ones evolving toward the depth. Out of 84 clinical histories of parotid gland tumors (77 from the Clinicas Hospital and 7 from the author), 46 corresponded to pleomorphic adenoma and 7 of them were located in the deep lobe. It is suggested that tumors growing toward the oral cavity (3 cases of the series) originate, not in the deep lobe but in the pharyngeal extension of the parotid gland, in posterior accessory salivary glands or in aberrating salivary tissue. Considerations on the treatment are made.