

ARTICULOS ORIGINALES

Cánceres de la parótida

Estudio clínico y terapéutico

Dr. Carlos Sarroca

El autor recopila 106 tumores parotídeos del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Destaca la baja frecuencia de estas afecciones y entre ellas la alta incidencia de cánceres, manifestados en pacientes añosos con tumores voluminosos, de larga evolución, que consultan por otros síntomas (sumado al tumor) y con elevado porcentaje de extensión.

Sigue la clasificación anatómo - patológica propuesta por Casinelli, hallándose un predominio de los carcinomas glanduliformes e indiferenciados.

Los procesos evolucionados no presentaron problemas diagnósticos, no así los más pequeños, que permitieron un mayor porcentaje de error.

Confirma el valor diagnóstico de la citopunción y al topográfico de la sialografía.

En lo terapéutico, hace una evaluación de las diferentes tácticas y el valor de la biopsia extemporánea. La cirugía es el tratamiento de elección, dependiendo la misma de: tamaño, topografía, potencial evolutivo y extensión del proceso. El principal problema quirúrgico lo constituye el nervio facial. El nervio facial no debe delimitar la extensión de la resección sino que un correcto tratamiento oncológico es lo fundamental. El vaciamiento ganglionar debe efectuarse si existen ganglios colonizados.

La reconstrucción nerviosa en el mismo acto operatorio, depende de la extensión de la lesión.

La radio y quimioterapia son tratamientos coadyuvantes postoperatorios.

El pronóstico en general es malo por tratarse de procesos avanzados al momento del diagnóstico.

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

Enfocaremos el estudio de estas afecciones poco frecuentes con vistas a señalar los caracteres clínicos, analizando las diferentes formas anatomopatológicas y posibles directivas, esencialmente quirúrgicas para esta glándula sub-

*Clinica Quirúrgica "F" (Prof. L. Praderi).
Hospital de Clínicas. Montevideo.*

cutánea, enclavada en el pasaje cérvico - facial, donde existen dificultades en el manejo oncológico correcto por su origen y localización.

Nos basamos en las observaciones realizadas en el estudio de 106 tumores propios de la glándula parótida, obtenidos del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" de la Facultad de Medicina de Montevideo, período 1953 a 1976 inclusive, durante el cual egresaron 209.623 pacientes con una incidencia de esta patología del 0,04 %, solamente.

ANATOMIA PATOLOGICA

Han sido planteados diferentes criterios en la clasificación [Frazell (10), Foote y Frazell (9), Herrero Ducloux (11), Ewing (8)].

Se acerta con Willys (22) el origen de la glándula en un brote del ectodermo oral primitivo en el mesénquima regional. La diferenciación da lugar a los diferentes componentes de la glándula. Si se produce el desarrollo blastomatoso, cada uno de los elementos originales puede dar lugar a un tipo tumoral. Así es posible hallar áreas de diferente tipo en un mismo tumor y explicar el poder de transformación y recidiva que señalan los adenomas pleomorfos, confirmándose el concepto de que el *cáncer* es una entidad única, cuyo crecimiento está frenado o no por el aparato inmunitario del organismo afecto de la enfermedad cáncer.

Seguiremos la clasificación aceptada por Casinelli (4), que los separa según el tejido que los origina. Considera dentro de los epiteliales a los adenomas pleomorfos, en un grupo aparte de los benignos y malignos por la capacidad demostrada de transformación y recidiva.

Así es que en 106 tumores hallamos una incidencia del 58 % para los T.M. y del 24 % para los *cánceres*, lo que es corroborado al comparar con otras series.

Como consecuencia: un cuarto de los tumores de esta glándula corresponden a Cánceres y el resto se halla dominado por el Adenoma Pleomorfo o tumor mixto.

Nuestra comunicación se centrará en los epitelomas parotídeos.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 12 de abril de 1978.

Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Pilcomayo 5393, Montevideo (Dr. C. Sarroca).

CUADRO I
CLASIFICACION DE CASSINELLI

<p>CONJUNTIVOS LINFOIDEOS NERVIOSOS</p>	<p>Adenomas { Acinocelulares A células oxifilas Cistoadenoma papilar linfomatoso</p>
<p>TUMORES DE LA PAROTIDA</p>	<p>Adenomas pleoformos (tumores mixtos)</p>
<p>EPITELIALES</p>	<p>EPITELIOMAS { Glanduliforme { A células acinosas Quístico adenoide Malpighiano Mucoepidermoide Indiferenciado</p>

CUADRO II

FRECUENCIA SEGUN LA PATOLOGIA TUMORAL

— ADENOMAS PLEOMORFOS ..	62 — 58 %
— CANCERES	25 — 24 %
— ADENOMAS:	
Cistoadenoma papilar linfomatoso (Tumor de Warthin)	9
Otros	4
— QUISTES	3
— VARIOS	4

CUADRO III

TIPOS HISTOPATOLOGICOS DE LOS CARCINOMAS

CANCERES: 25 casos

GLANDULIFORMES	10
A células acinosas:	6
Quístico adenoide (cilindroma) .	2
MUCOEPIDERMÓIDES	2
MALPIGHIANOS	4
INDIFERENCIADOS	6
"EPITELIOMAS"	3

Considerando los epitelomas, predominan los tumores glanduliformes y dentro de ellos los acinocelulares. Más frecuente en la mujer de la 5ª a 6ª década; multicéntrico y de poco poder invasor, limitado a la glándula, como afirma Chong (6).

En menor número el quístico adenoide: Tumor de baja malignidad, caracterizado por su poder invasor perineural, que explica la alta incidencia de parálisis faciales con tumores pequeños.

Se destaca también el hallazgo de tumores indiferenciados, en general con poder invasor, metastasiantes, lo que los hace con frecuencia inoperables. En igual sentido pueden comportarse los mucoepidermoideos y también algunos malpighianos, en los que se observa rápido crecimiento.

Sexo: Predomina el femenino frente al sexo opuesto.

Edad de consulta: Sobre todo en edades avanzadas, mayor que en los procesos no malignos, lo que es posible corroborar en las series comparativas (17, 19).

Estos hechos conspiran con las posibilidades terapéuticas por aumento de la incidencia de otras taras orgánicas de orden general, a lo que debemos sumar otro carácter: el tiempo de evolución prolongado, que para un proceso blastomatoso es un retardo en el diagnóstico. Entre 1 y 5 años en el 48 %, lo que ensombrece el pronóstico.

Motivo de consulta. — Resumiendo lo antedicho: paciente añoso con tumor de larga evolución, consulta no por el tumor, sino por la aparición de otro síntoma o signo: 62,5 % de parestesias o parálisis faciales, lo que corresponde a un tumor con invasión glandular o de otros sectores. Comparando con los tumores no malignos es evidente.

Corresponden todos a tumores unilaterales, lo que corroboran Pilheu y De All (16) y N. E. Hugo (13).

Manifestaciones clínicas: A diferencia de los otros procesos benignos o mixtos, donde predomina el signo tumor, en los cánceres sólo lo hallamos en el 20 %, encontrando dolor local o irradiado en el 56 %; parestesias en el 26 % (en todos los casos acompañados de dolor), existiendo al examen parálisis facial en más de un cuarto de los casos, mientras que Beahrs (1, 2) señala 18 % y Dunn (7) 19 % de parálisis preoperatorias. En nuestra serie se halló en tumores de rápido crecimiento, invasores, con un predominio de la parálisis del territorio cérico - facial en el 62,5 % y total en el 37,5 %.

Topografiados los tumores en el lóbulo superficial excepto uno, localizado en el profundo. Predominan en el espacio intermaxilomastoideo, cercanos a la zona de emergencia del VII par, siendo en su mayoría tumores voluminosos.

Perzik (15) halla 50 % de metástasis ganglionares preoperatorias. En nuestra encuesta, considerando los hallazgos operatorios, fue del 40 % y diseminación a distancia (pulmonar o hepática) en el 20 %. Frecuente la repercusión general, en más del 25 %.

El valor de la sialografía es más bien topográfico, ya que confirma el diagnóstico en pro-

cesos en que la Clínica ya lo hizo (18). Puede detectar la existencia de metástasis intraglandulares.

Es de valor para descartar una protiditis crónica, que puede acompañarse, en un empuje de una paresia facial transitoria, como hemos visto en varios casos.

Citograma: De valor en nuestro medio, permitiendo el diagnóstico diferencial de un proceso inflamatorio de uno tumoral y en éstos de los no propios de la glándula (p. ej. una linfopatía tumoral).

En nuestro medio Paseyro (14) lo considera una "maniobra semiológica a nivel de la micra".

En la serie en estudio, se realizó en el 85 % de los cánceres, con un 72,7 % de positivos y un error de 15 %. Autores como Verhaghen (21), para tumores benignos y malignos lo sitúa en el 12 %. Hay autores que no aceptan esta maniobra por riesgo de diseminación y % de error. En nuestra serie no hubo complicaciones detectables.

Diagnóstico: El % de error preoperatorio en nuestra serie alcanzó el 24 %. Mientras que Verhaghen (21) señala un 14 %.

Tratamiento: El tratamiento de elección fue el quirúrgico, en el 68 % y paliativo en un 20 %, con un 12 % fuera de todo recurso.

Fueron realizados tratamientos combinados (cirugía + Rö + Quimio) en el 20 %.

Por lo tanto en el 28 % fueron parotidectomías totales con vaciamiento ganglionar, siempre con ganglios positivos. En un 12 % parotidectomías totales con sacrificio del facial y con iguales cifras parotidectomías totales conservadoras y también extrafaciales.

Fueron practicadas parotidectomías radicales en 10 casos o sea el 40 % y en el 28 % se realizó la conservación parcial o total del nervio.

¿Cuál fue la extensión de la resección del VII par en los pacientes con parálisis facial? Corresponde a 7 casos, de ellos en 4 sacrificio total y en uno parcial, siendo 2 inoperables.

En ninguno intento de reconstrucción del nervio.

No hay discusión en cuanto al tratamiento quirúrgico, a lo que se sumará en el postoperatorio radio y/o quimioterapia.

Por lo tanto, todo tumor parotídeo debe ser intervenido dependiendo el correcto manejo de un diagnóstico preciso.

Muchas veces no es posible orientarse en el diagnóstico de benignidad de un tumor, pudiendo recurrirse a la biopsia peroperatoria.

Cocke (5) en 1976, opina que si el tumor es pequeño, es preferible resecarlo con una amplia porción de tejido sano, no esperando mucho de la biopsia incisional o por aspiración.

Esta situación es de observarse frente a tumores pequeños que por lo tanto, como admiten Beahrs (1) y Cocke (5) deben researse con toda la porción extrafacial glandular, si su topografía lo admite.

Hay autores como Chong (6), que admiten que si el tumor es un carcinoma acinocelular realizan una parotidectomía total conservadora por multicentricidad del tumor y no evadir la glándula.

La biopsia peroperatoria tiene indicación ante la duda de tumor maligno y con las actuales técnicas es posible llegar al diagnóstico histopatológico, lo cual es de importancia. Si no hay parálisis facial, pero si el tumor es grande, más vale una parotidectomía radical.

El principal problema lo representa el séptimo par craneal, puesto que su sección determina un grave daño estético y funcional.

No hay dudas ue frente a un tumor invasor con parálisis facial total se realizará una parotidectomía radical, quedando la extensión de la resección determinada por los hallazgos operatorios. Con respecto al cilindroma: si hay parálisis: resecar la porción del nervio involucrado junto con la glándula.

En caso de resección total del nervio se planeará la reconstrucción nerviosa en el mismo acto operatorio, para lo que es necesario conocer el tipo de distribución del nervio y cuánto es posible conservarlo, puesto que si la invasión llega cerca del orificio estilomastoideo, está contraindicado todo intento reconstructivo.

La A.P. puede ser de valor mostrando invasión nerviosa en la zona de sección, teniendo presente que no hará este tipo de intervención reconstructiva a costa de una cirugía oncológicamente insuficiente.

El vaciamiento ganglionar en la cirugía parotídea: ¿Qué beneficios se obtienen con el vaciamiento ganglionar profiláctico frente al realizado con ganglios positivos? Perzik (15), en 1970, no halla ventajas, en igual forma opina Hollander (12), mientras que Cocke (5) y Brown (3) creen que no tiene indicación. Perzik (15) lo considera tratamiento paliativo.

Actualmente, a la luz de los conocimientos de inmunopatología, se afirma el estudio de los ganglios no colonizados, de acuerdo a la clasificación de Tsakraklides (20) es de valor para establecer un pronóstico más certero.

El seguimiento de la serie en estudio es incompleto, expresamos que en general es mala, por ser tumores avanzados, con metástasis, en pacientes añosos.

Beahrs (2) (1960) señala un porcentaje de recurrencia del 73 % para los tumores de alta malignidad y algo menor para los menos malignos. Igual relación guarda en la supervivencia: 85 % para los de baja malignidad y 37,5 % para los de alta malignidad a los 5 años.

Dunn (7) señala una sobrevida de 0 a 50 % para los de alta malignidad y del 70 al 100 % para los poco malignos a los cinco años.

RESUME

Cancers de parotide. Etude clinique et thérapeutique

L'auteur a fait un étude de 106 tumeurs de parotide observés à l'Hôpital de Clinicas de Montevideo. Il souligne l'apparition peu fréquente de ces affections et parmi elles la haute incidence de cancers, observés dans des malades âgés, avec tumeurs volumineux de longue évolution qui se présentent avec d'autres symptômes, et dans un pourcentage très élevé avec une lésion très étendue.

Il fait la classification anatomo-pathologique proposée par Cassinelli, et il trouve une prédominance de carcinomes glandiformes pas différenciés.

Les processus évolués n'ont pas posé des problèmes diagnostics, au contraire des plus petits, qui ont donné un pourcentage plus haut d'erreur.

Il affirme la valeur diagnostique de la ponction cytologique et topographique de la sialographie.

Du point de vue thérapeutique il fait une évaluation des différentes tactiques et la valeur de la biopsie extemporanée. La chirurgie c'est le traitement d'élection et elle dépend de: la grandeur, topographie, potentiel évolutif et extension du procès. Le principal problème chirurgical est constitué par le nerf facial.

Le nerf facial ne doit pas délimiter l'extension de la resection mais un correct traitement oncologique est fondamental. Le videment ganglionnaire doit se faire s'il y a des ganglion colonisés.

La reconstruction nerveuse dans la même opération dépend de l'extension de la lésion. La radio et chimiothérapie sont des traitements complémentaires post-opératoires.

Le pronostic est mauvais car il s'agit de processus avancés au moment du diagnostic.

SUMMARY

Parotid cancer. Clinical aspects and therapy

The author has compiled a series of 106 parotid tumors, in the University of Montevideo Medical School Hospital. It is characterized by the low incidence of this condition which, however, presents high cancer rate. These growths appear in aged patients, in the form of voluminous tumors that have had a long period of evolution and have, in most cases, extended considerably. Such patients tend to consult on other symptoms and this leads to their diagnosis.

Anatomopathologic classification of these tumors follows Cassinelli's categorization, with predominance of glanduliform and non differentiated carcinomas.

The more evolved processes in the series presented no diagnostic problems, but error-rate was considerably higher in smaller growths.

Cytology is of value in diagnosis and sialography has proved its worth in determining site.

With respect to therapy, the paper analyzes the different tactics and extemporaneous biopsy is discussed. Elective treatment is surgery and depends on size, site, evolutive potential and extension of process. The main problem from the point of view of surgery lies in the facial nerve, but this should not limit extension of resection and the surgeon should always bear in mind that correct oncological treatment should be foremost. Evidement of colonized ganglia is thus a must.

Reconstruction of nerve in the same surgical act, depends on extension of lesion.

Radio and chemo-therapy are considered coadjuvating treatments during postoperative.

Prognosis is generally bad given the fact that diagnosis is only established when the process is already well advanced.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BEAHR OH, CHONG GC. Management of the facial nerve in parotid surgery. *Arch Surg*, 124: 477, 1972.
2. BEAHR OH, WOOLNER LB, CARVETH SW and DEVINE KD. Surgical management of parotid lesions. *Arch Surg*, 80: 890, 1960.
3. BROWN et alii. Treatment of primary malignant tumors of parotid gland. *Surg Gynecol Obstet*, 129: 40, 1969.
4. CASSINELLI JF. Anatomía patológica de los tumores de la parótida. Correlato. *Congreso Uruguayo Cirugía*, 79, 1957.
5. COCKE EW. Symposium: Management of tumors of the parotid gland. Correlation of the histopathology and clinical management of parotid neoplasms. *Laryngoscope*, 86: 19, 1976.
6. CHONG GC, BEAHR OH and WOOLNER LB. Surgical management of acinic cell carcinoma of the parotid gland. *Surg Gynecol Obstet*, 138: 65, 1974.
7. DUNN EJ, KENT T, HINES J, COHN I. Parotid neoplasms. A report of 250 cases and review of the literature. *Ann Surg*, 184: 500, 1976.
8. EWING J. *Oncologia*. Trad Esp. Barcelona. Salvat, 1948.
9. FOOTE FW and FRAZELL EL. Tumors of the mayor salivary gland. *Cancer*, 6: 1065, 1953.
10. FRAZELL EL. Clinical aspects of tumors of the mayor salivary gland. Washington, Armed Forces Inst. Path. 1968.
11. HERRERO DUCLOUX K. Tumores de la parótida. Relato. *Congreso Argentino Cirugía*, 289, 1956.
12. HOLLANDER L, CUNNINGHAM MP. Tratamiento del cáncer de la glándula parótida. *Surg Clin North Am*, 1: 113, 1973.
13. HUGO NE, MCKINNEY, GRIFFITH BH. Tratamiento de tumores de la parótida. *Surg Clin North Am*, 1: 105, 1973.
14. PASEYRO P. Comunicación personal.
15. FERZIK SL, FISHER B. The place of neck dissection in the management of parotid tumors. *Am J Surg*, 120: 355, 1970.
16. PILHEU FR y DE ALL A. Tumores epiteliales de la parótida. *Prensa Méd Argent*, 42: 115, 1955.
17. SARROCA CA. Cánceres parotídeos. Monografía. Montevideo. Facultad de Medicina, 1975 (Inédita).
18. SARROCA CA. Tumores de la glándula parótida. *Cir Uruguay*, 45: 343, 1975.
19. SARROCA CA. Tumores parotídeos. Monografía. Montevideo. Facultad de Medicina. 1970 (Inédito).
20. TSAKRACLIDES V, ANASTASSIADES OT and KERSKEY JM. Prognostic significance of regional lymph nodes histology and uterine cervical cancer. *Cancer*, 31: 860, 1973.
21. VERHAGHEN M, LAURENT JC, DEPADT G, CLAY A, APENIS L, DEMAILLE A. Diagnostic et traitement de 153 tumeurs mixtes de parotide. *Lille Méd*, 18: 385, 1973.
22. WILLIS RA. Pathology of tumors. 2nd. Estados Unidos. Mosby, 1953.