

CORRELATO.

CISTOADENOMA LINFOMATOSO PAPILAR DE LA PAROTIDA

Dr. JOSE A. PIQUINELA

Aun cuando en los últimos años las lesiones de la parótida han merecido atención especial por parte de los cirujanos, se estima que el conocimiento que se ha adquirido de las mismas está lejos de ser completo y que plantean con frecuencia dificultades diagnósticas y problemas terapéuticos. Admitiendo que el tumor mixto y el carcinoma son las afecciones quirúrgicas más comunes de la parótida, se señala la necesidad del conocimiento de procesos patológicos menos frecuentes que se traducen clínicamente por un tumor en la región parotídea. Entre estas afecciones se describen masas o tumores constituidos por una combinación de tejidos epitelial y linfoideo, originados en la parótida o en su vecindad. Una nomenclatura variada, responsable en cierta medida de la confusión que se advierte en las descripciones, refleja evidentemente tentativas numerosas y dispares para explicar su origen.

Mientras que algunos conservan el término adenolinfoma, siguiendo a Klemperer, para designar en forma general los tumores de las glándulas salivales, constituidos por una combinación de tejidos epitelial y linfoideo, veintiún otros nombres han sido propuestos para esta lesión. De todos ellos, parece contar con la mayoría de las opiniones en el momento actual, el de cistoadenoma linfomatoso papilar, al que Martin y Ehrlich definen así: "es un tumor quístico esencialmente benigno que ocurre en la parótida o junto a ella. Su aspecto macroscópico se caracteriza por una estructura epitelial específica soportada por un estroma linfoideo".

Orloff, que acepta el término de cistoadenoma linfomatoso papilar, lo estudia en un trabajo reciente conjuntamente con la enfermedad de Mikulicz, admitiendo que se trata de las dos

unicas afecciones compuestas de una combinación de elementos epiteliales y linfoideos, a las que agrupa bajo la expresión: "lesiones benignas epiteliolinfoides de la parótida". Establece que si bien es un hecho conocido que el cistoadenoma linfomatoso aparece sólo en la región parotídea, no se ha insistido lo suficiente en que la enfermedad de Mikulicz puede estar confinada sólo a la parótida sin tomar otras glándulas, lo que justifica en su opinión, el agrupamiento que propone.

El cistoadenoma linfomatoso papilar (c. l. p.) habría sido descrito por primera vez por Hildebrand (1895), aunque es recién en 1910 que Albrecht y Artz lo distinguen de otras lesiones del cuello y lo llaman "cistoadenoma papilar". Warthin, en 1929, es el primero en describirlo en Estados Unidos, lo que explica el que se le designe comunmente en la literatura norteamericana como "tumor de Warthin".

Estos tumores no pueden ser diferenciados por el sólo examen clínico, de los tumores mixtos de la parótida; en la mayoría de los pacientes, tal como sucedió en nuestro caso, el diagnóstico exacto de su naturaleza no es hecho hasta el examen histológico de la pieza extirpada. Pero se considera unánimemente que este tumor posee un porcentaje definido dentro de todos los tumores parotídeos y las observaciones del mismo continúan publicándose, pareciendo haber merecido en los últimos años una atención cada vez mayor.

ETIOLOGIA

Frecuencia.— A raíz del trabajo de Warthin, que en 1929 describió dos casos típicos, los únicos encontrados, en una serie de más de setecientos tumores mixtos de la parótida y más de quinientos quistes branquiales, se consideró al c. l. p. como una variedad rara dentro de los tumores parotídeos. Trabajos posteriores hacen pensar que se trata de un neoplasma más frecuente de lo que se creyó en un principio y que el número de casos publicados no traduce la verdadera frecuencia del tumor: Martin y Ehrlich, 94 casos publicados hasta 1944; Gaston y Tedeschi agregan 4 más en 1946; Thompson y Bryant hacen ascender a 163 el número de casos publicados a los que agregan 17 personales, en 1950; Wheelock y Strandz, en 1954, añaden 12 casos

atendidos en el Passavant Memorial Hospital, Chicago, en un período de once años; Orloff, en 1956, hace ascender a 291 el número de casos relatados en la literatura inglesa y extranjera, no figurando entre ellos el publicado por nosotros en 1954.

En el Memorial Hospital, N. Y., 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 del 2 al 6 % de los neoplasmas parotídeos y entre el 1,6 y el 4,2 % de todos los tumores de las glándulas salivales.

Edad y sexo.— Es entre los 40 y los 70 años que se inscriben los casos más frecuentes. El enfermo observado por nosotros, notó por primera vez el tumor a los 71 años, consultando un año después.

A diferencia de los tumores de las glándulas salivales en general, que de acuerdo con las grandes estadísticas son de frecuencia más o menos igual en los dos sexos, el c. l. p. predomina netamente (5 a 1) en los varones de edad madura.

ANATOMIA PATOLOGICA

Se trata de un tumor quístico, bien encapsulado, desarrollado en el seno del tejido salival o íntimamente unido a él. El aspecto macroscópico es a veces suficientemente característico como para permitir el diagnóstico. Una *cápsula* firme y lustrosa, delgada y atravesada por finos vasos, lo separa de la glándula; raramente el encapsulamiento no es completo y el tumor puede extenderse, aunque en general poco, en la parótida. En estos últimos casos, la transición entre el tumor y el tejido es gradual y sin evidencia de invasión del parénquima glandular por la neoformación. No se encuentra tejido salival dentro del tumor y en los pocos casos en que el encapsulamiento no es completo aparentando al examen macroscópico una infiltración de la glándula, el estudio histológico de la zona sospechosa no revela una verdadera invasión por el tejido tumoral.

Redondo u oval, liso o lobulado, comunmente gris-rosado, moderadamente firme, a veces blando y fluctuante, lo habitual es que presente zonas blandas y zonas francamente fluctuantes; alguna vez es uniformemente consistente. Presenta al corte numerosos espacios quísticos de 1 mm. a varios centímetros de

diámetro enclavados en un tejido sólido amarronado o gris-rosado; con contenido líquido o semilíquido; seroso, blanquecino o achocolatado, a veces de apariencia mucinosa. En las zonas sólidas se ven pequeños nódulos blancos que corresponden a folículos linfoides con centros germinativos. Los quistes son de forma irregular y contienen proyecciones papilíferas que dan un aspecto vellosa al tejido que los reviste; en los tumores con grandes quistes este tejido toma aspecto de masa friable aunque en realidad adhiere firmemente. El carácter más saliente de la superficie del corte del tumor al examen a simple vista está constituido por los quistes con revestimiento papilar; cuando es evidente permite el diagnóstico al simple examen macroscópico.

El tumor es habitualmente unilateral, situándose con frecuencia casi igual a derecha o a izquierda. Se han descrito casos de bilateralidad simultánea y casos de localización bilateral con tumores múltiples en uno o ambos lados. Kirklin, en una serie de 10 c. l. p., ha tenido en un caso un segundo tumor con la misma estructura, desarrollado poco tiempo después de la intervención, en el lado opuesto.

Histológicamente se observa habitualmente tipos bien diferenciados de aspecto microscópico benigno y bien característico. Los componentes fundamentales del tumor son estructuras epiteliales papilares revistiendo quistes que están colocados en el seno de un estroma linfoides. Se señala una morfología general variable; algunos tumores son quísticos, otros alveolares, otros tubulares; lo común es que estos distintos aspectos están presentes en un mismo tumor. Las cavidades quísticas presentan dos capas (en algunos sectores puede verse una o tres capas) de epitelio columnar pseudoestratificado que puede ser ciliado (la presencia de cilias es negada por muchos autores) y proyectarse dentro de la luz en formaciones papilares de base más o menos ancha, simples o en ramificaciones más o menos acentuadas y eje compuesto por el tejido linfoides del estroma. Otras veces el epitelio puede ser columnar alto y no ciliado reposando sobre una capa basal coloidal; las células más internas son columnares altas eosinofílicas con un núcleo grande oval y con uno o dos nucleolos y las basales son células poliédricas más pequeñas con núcleo menor y protoplasma menos eosinófilo. Otras células se han encontrado que parecen mucho a las que se ven en los ca-

nales parotídeos normales. Thompson y Bryant sostienen que todos los elementos epiteliales encontrados en el c. l. p. pueden ser observados en el revestimiento canalicular de la parótida normal.

El estroma es un retículo delicado con masas o acúmulos de linfocitos o verdaderos folículos con centros germinales grandes; la infiltración linfocítica del estroma es pues variable y éste se moldea dentro de las proyecciones papilíferas no siendo comprimido ni desplazado por el elemento epitelial. Según Thompson y Bryant, si se hace un corte en la periferia del tumor a través de la cápsula, el estroma puede presentar el típico aspecto de un ganglio linfático con senos, cortical y cápsula. El líquido de los quistes contiene una sustancia espesa, homogénea, con linfocitos, glóbulos de grasa y células epiteliales descamadas.

En consecuencia 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, lo que parecería la localización más común; 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.

En nuestro caso el tumor asentaba en el *glóbulo profundo* al cual se sustituía completamente; la amplia exposición obtenida con el abordaje realizado, lo que comentamos más adelante,

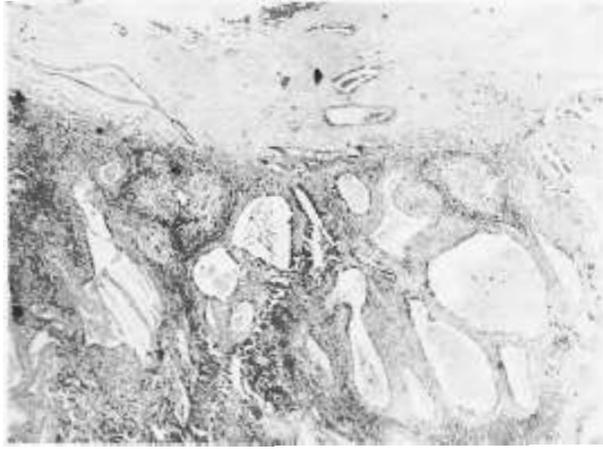


Fig. 1.— Observación personal. Parte de la pared quística en la que se reconoce tejido conjuntivo fibroso, múltiples cavidades netamente limitadas con contenido necrótico y necrobiótico; infiltración linfocitaria difusa y un foco, constituyéndose en algunos sectores, auténticos folículos linfocitos con centros regenerativos (Dr. Matteo).

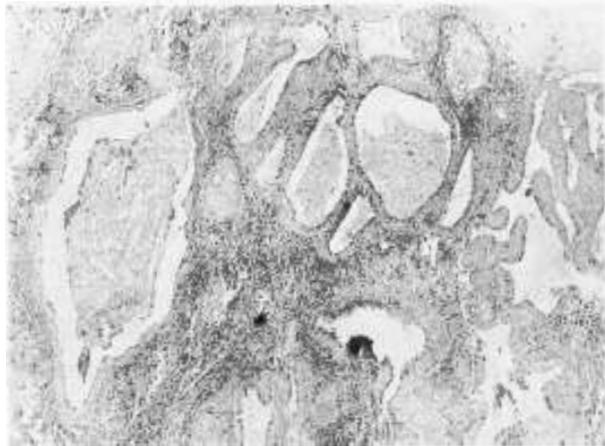


Fig. 2.— Caracteres histológicos similares a los de la figura anterior. Además, se destaca la disposición papilar del epitelio que reviste una de las cavidades quísticas y en otra, imágenes romboidales en medio del contenido necrótico que corresponden probablemente a cristales de colesterolina (Dr. Matteo).

no nos deja ninguna duda sobre esta localización que estimamos absolutamente excepcional, de acuerdo con los trabajos consultados.

El problema de la *benignidad* o *malignidad* real o potencial de este tumor ha sido motivo de estudio por varios autores. Martin y Ehrlich afirman con especial énfasis que estos tumores son auténticamente benignos, hecho de importancia para el criterio terapéutico. El caso de Ssobolew relatado como de

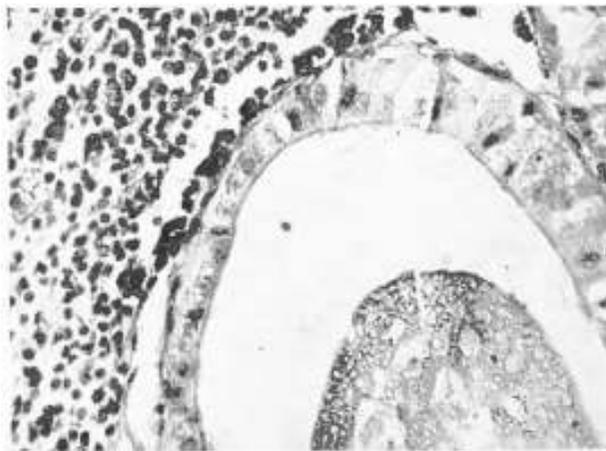


Fig. 3.—A gran aumento se observa un tubo glandular dilatado revestido por un epitelio cilíndrico monoestratificado con caracteres típicos, bien delimitado del tejido subyacente en el que se destaca una hiperplasia de células linfocitarias adultas. El contenido del tubo glandular tiene los caracteres de la necrosis, presentando además, abundantes gotas de grasa (Dr. Matteó).

transformación maligna no tiene para los autores del Memorial elementos de juicio suficientes como para ser aceptado como demostrativo de tal transformación. El enfermo de Gaston y Tedeschi que publican como un adenolinfoma maligno, recidiva a los tres años de su extirpación y el estudio histológico mostró tanto en una como en otra intervención, dos tejidos independientes, epitelial y linfoideo, que crecen simultáneamente, pero sin una disposición armoniosa y ordenada. Ese mismo aspecto se mantiene en la pieza extraída en una tercera intervención por un nódulo que aparece en la región submaxilar del mismo lado,

pero nada hay en el estudio microscópico de este caso que recuerde el aspecto tan típico y semejante siempre asimismo, de los c. l. p. Y si bien este caso se presta, del punto de vista especulativo, para consideraciones acerca del significado de la presencia del tejido linfoideo en el seno de una neoformación desarrollada en una glándula salival, los mismos autores piensan que no se trata de la transformación maligna de un c. l. p.

Buxton y colaboradores, revisando su serie de 227 enfermos con tumores primitivos de la parótida, que incluye 16 c. l. p., lo consideran también como un tumor benigno, incluyéndolo en su clasificación dentro de los tumores epiteliales benignos, en el subgrupo de los adenomas. Orloff, en su trabajo de 1956, considera igualmente que el c. l. p. tiene todas las características de un neoplasma benigno.

HISTOGENESIS

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) La *teoría branquiogénica* considera al tumor originado en la porción ectodérmica de un arco branquial, en base a la semejanza con el epitelio de tipo embrionario y el estroma con masas de tejido linfoide presentes habitualmente en los quistes branquiales. Se considera que no hay elementos de juicio convincentes para aceptar esta hipótesis.

2) La *teoría de una heterotopia o distopia del endodermo faríngeo*, posiblemente de la trompa de Eustaquio, ha sido sostenida por Warthin, quien llegó a la conclusión de que el epitelio neoplásico era "exactamente análogo a una zona de la trompa de Eustaquio que tiene epitelio cilíndrico estratificado ciliado y numerosos folículos linfoides subyacentes". El tumor se originaría en una localización heterotópica de la mucosa del endodermo faríngeo representante del tractus respiratorio superior o de la trompa de Eustaquio. Warthin estudió un tumor polipoide de este último con la misma estructura histológica.

Warthin describió el epitelio de estas neoplasias como ciliado. La importancia de estas cilias ha sido defendida por otros

autores llegándose a afirmar que mientras no hayan pruebas convincentes del origen branquial de estos tumores, la presencia de cilias apoyaría definitivamente el origen en un divertículo faríngeo. Pero estas cilias no son constantes y en muchos casos no han sido encontradas; la mayoría de los autores las niegan. No obstante se señala la notable analogía existente entre el epitelio neoplásico y el revestimiento de las vías respiratorias superiores del embrión.

3) El origen en restos de la *inclusión orbitaria*, que en ciertos carnívoros da nacimiento a las glándulas salivales orbitarias y que puede aparecer como vestigios rudimentarios en el embrión humano, ha sido sostenido para este tumor. Durante el desarrollo del embrión la parótida llega a estar en íntima vecindad con los vestigios linfoepiteliales de la estructura mencionada, señalándose una gran semejanza entre las células que la recubren y el epitelio de estos tumores. El c. l. p. se originaría probablemente en una dilatación y proliferación de la inclusión orbitaria. Esta teoría trata de explicar tanto la génesis del tejido epitelial como del linfoide, tejido este último que para la mayoría de los autores toma una parte muy activa en la formación del tumor, pero se le objeta que queda por demostrar la realidad de la inclusión orbitaria en el hombre.

4) La teoría del origen en *restos embrionarios de tejido salival heterotópico* situado en los ganglios linfáticos adyacentes a la glándula, peri o intraparotídeos, tiende a afirmar el hecho que surge del aspecto de este neoplasma de que el componente linfoide es parte activa del tumor y no un simple remanente de un ganglio linfático. Explicaría además la topografía habitual del c. l. p., intraglandular o pegado a la parótida. Esta teoría tuvo su origen en el trabajo de Neisse quien demostró la existencia de numerosos ganglios linfáticos dentro del parénquima glandular parotídeo en fetos de 120 mm., en el seno de los cuales se encuentran esparcidos túbulos salivales. Posteriormente, cuando estas zonas de tejido linfático se condensan y encapsulan, los túbulos quedan dentro de los ganglios parotídeos, separados del resto de la glándula. La presencia de acinis o de lóbulos completos de parénquima salival ha sido señalada en los ganglios periparotídeos de los recién nacidos por el mismo Neisse y varios investigadores han observado en los ganglios

cervicales y en los parotídeos de fetos y niños la presencia de remanentes epiteliales glandulares idénticos a los acinis y canales salivales. Martin y Ehrlich consideran que esta teoría es la más aceptable para explicar el origen de estos tumores, desde que existe base anatómica suficiente para admitir que áreas de tejido salival pueden quedar encerradas en los ganglios intra y periparotídeos durante el desarrollo de la glándula, pero hacen notar que la objeción principal que puede formularse es que no existen pruebas de que el tejido linfoideo de estos neoplasmas forme parte realmente de un ganglio linfático. Es importante recordar que los senos linfáticos no han sido encontrados en ninguno de los casos publicados. Thompson y Bryant, sin embargo, han mostrado que todas las células epiteliales del tumor pueden encontrarse en los canales parotídeos normales y que contrariamente a lo afirmado por muchos autores, en las secciones periféricas de este tumor es posible demostrar en el estroma estructuras similares a un ganglio linfático con senos linfáticos, hecho especialmente negado por Gastón y Tedeschi y por Martin y Ehrlich. El c. l. p. se originaría en el epitelio canalicular parotídeo situado en masas linfoideas dentro de la parótida y en ganglios linfáticos adyacentes a la glándula.

5) La teoría del origen en *oncocitos* aparece en cierto sentido como una variante de la hipótesis anterior. Se basa en la presencia de ciertas células características encontradas en las glándulas salivales y que Hamperl llamó *oncocitos*, que se originarían en los elementos secretores así como en el epitelio ductal por aumento de tamaño y diferenciación del citoplasma que toma aspecto finamente granuloso. Los núcleos aparecen dentados y ricos en cromatina y se sitúan en la vecindad de la luz. Estas células que formarían a veces nódulos hiperplásticos se las encontraría raramente antes de los 30 años y nunca antes de los 20 pero en cambio estarían casi siempre presentes después de los 60 años, en ambos sexos. Se les considera como producto de la edad avanzada. Jaffé, que acepta este origen y propone para el c. l. p. el nombre de *oncocitoma*, ha desarrollado la tesis de que estos neoplasmas se originarían en *oncocitos* de tejido salival aberrantes localizados en los ganglios linfáticos adyacentes a la parótida.

6) Finalmente cabe recordar que Lecène y Brachetto Brian han sugerido que esta neoformación representaría el desarrollo de una amígdala ectópica.

CONSIDERACIONES CLINICAS

El c. l. p. se presenta generalmente como una tumefacción que asienta en la mitad de la parótida, 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; se trata de una localización excepcional a juzgar por los casos publicados. Los autores del Memorial insisten en que el c. l. p. se localiza en la parótida o inmediatamente contiguo a ella, a la cual se fija y consideran que no hay demostración suficiente de la autenticidad de los pocos casos de localización en la submaxilar. Piensan que puede tratarse de localizaciones adyacentes al polo inferior de la parótida, cuya cara anteroinferior contacta con el extremo pósterosuperior de la submaxilar y que no hay ninguna evidencia concluyente de que el c. l. p. pueda suceder en otro lugar que en la parótida. Es un tumor de crecimiento lento cuya evolución antes de la extirpación varía desde algunos meses hasta más de treinta años. Como para los tumores salivales en general hay siempre un tiempo perdido entre la comprobación por el enfermo y la consulta médica; en nuestro enfermo ha sido de un año y es también variable (meses o años). Parece netamente más breve en los pocos casos en que ha sucedido en mujeres y explicable porque la desfiguración cervicofacial que provoca, lleva a las enfermas a consultar más pronto que los hombres. El crecimiento rápido es absolutamente excepcional como es también raro el que lleguen a adquirir gran tamaño. El desarrollo rápido es debido posiblemente a una más rápida acumulación de líquido dentro de las cavidades de la masa quística.

Habitualmente unilateral, algunos casos de bilateralidad han sido publicados (diez casos). Bien circunscripto, ovoideo, 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 la nodularidad o induración mar-

cada de los tumores mixtos. Su frecuente localización cerca de la superficie de la glándula y la ausencia de infiltración explican la movilidad habitual de la masa, por lo menos en cierto grado. No adhieren a la piel ni originan parálisis facial o dolores. Un ligero dolor ha sido señalado en los raros casos de crecimiento rápido.

La evolución es esencialmente benigna; en los casos de varios años de duración el tumor ha permanecido largo tiempo incambiado. La transformación maligna no está demostrada y el caso de Ssobolew no ha sido admitido como ejemplo de tal transformación (este autor, basándose en el aspecto de las estructuras epiteliales de uno de sus casos, dispuestas concéntricamente en acúmulos que recuerdan a las cebolletas de los tumores epidermoideos, admitió que se había producido una transformación maligna, a pesar de la ausencia de figuras de mitosis y de la falta de invasión o de metástasis). Pero a semejanza con los tumores mixtos en general, si este neoplasma no es extirpado completamente, recidiva pronto.

El *diagnóstico* preoperatorio no ha sido hecho clínicamente en ningún caso desde que el cistoadenoma no tiene caracteres que le pertenezcan en propiedad y que permitan distinguirlo de los tumores comunes de la parótida. Cuando asienta en el área parotídea propiamente dicha, sus caracteres de circunscripción y movilidad a pesar de su larga evolución en muchos casos, con piel indemne y ausencia de dolores y parálisis facial, llevan a pensar en un tumor mixto. Cuando se localiza en el polo inferior de la glándula, aparece en la parte más alta de la región carotídea, explicándose que se hayan prestado a confusión con un quiste branquial, una adenitis, un linfoma maligno, un tumor del cuerpo carotídeo o mismo una metástasis ganglionar de un cáncer asintomático localizado en la parte alta de la faringe o en la boca.

La *sialografía*, aunque juzgada de manera diversa, en el estudio de los tumores parotídeos, puede dar datos útiles en muchos casos, 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 uno de nuestros casos de tumor mixto que impresionaba clínicamente como localizado

en el lóbulo superficial, mostrando la sialografía que asentaba en el lóbulo profundo, lo que la intervención corroboró, con desplazamiento del superficial hacia afuera.

En el c. l. p. no hay un aspecto radiológico diagnóstico o característico y sólo puede encontrarse en los tumores originados en el seno de la glándula, un significativo desplazamiento de los finos canales intraparotídeos, haciendo pensar en un tumor encapsulado que distorsiona y desplaza por presión extrínseca una parte del sistema ductal, pero que no es invasor. La frecuente localización superficial de estos tumores que aparecen como pegados a la periferia de la glándula hace que no puedan esperarse en muchos de ellos, cambios sialográficos apreciables.

La *biopsia* no cuenta, para el diagnóstico de los tumores parotídeos en general, 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 y, con la idea de evitar esta lesión, puede quedar demasiado superficial, en tejido sano. Los cortes por congelación hechos durante la intervención dan datos de gran valor en muchos casos, aun cuando se choca con las conocidas dificultades de interpretación de las comprobaciones microscópicas en los tumores mixtos. En este tumor, tal tipo de *biopsia* es en general concluyente dado su característico tipo histológico; su habitual localización superficial hace poco probable el peligro del facial o de perforar su cápsula y diseminar células en la herida si se practica la sección en la periferia de la masa y la herida es bien protegida. 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 un frottis raramente lleva a ser afirmativo) permitió en 12 de 18 casos de la serie de Martin y Ehrlich en que fue practicada, el diagnóstico positivo de c. l. p., hecho particularmente destacable ya que el carácter linfocítico del tumor aumenta las dificultades del diagnóstico por este método, pudiendo ser imposible la diferenciación de c. l. p. con un ganglio normal, un linfoma maligno, una adenitis crónica o una enfermedad de Mikulicz. De cualquier manera, a pesar de los

resultados negativos y de las dificultades de interpretación mismo en manos de anatomopatólogos experimentados, parece ser éste el único medio de poder establecer en cierto número de casos un diagnóstico firme, preoperatorio, de cistoadenoma parotídeo.

PRONOSTICO

El c. l. p. es considerado como un tumor benigno; su transformación maligna no aparece probada en forma incontrovertible. Martin y Ehrlich consideran que si el diagnóstico de c. l. p. ha sido establecido por biopsia por aspiración y el enfermo se opone a la intervención, debe temerse muy poco su transformación maligna; aunque el tumor crezca hasta adquirir un gran tamaño, no infiltra la parótida ni compromete el facial, de modo que la extirpación pueda ser diferida sin peligros.

El c. l. p. recidiva pronto si la extirpación es incompleta, como en otros tumores benignos. Se trata de "recidivas inmediatas", es decir originadas por el tejido tumoral residual dejado cuando la primera intervención traduciendo el crecimiento continuado del tumor primitivo. En efecto, se les señala ocurriendo en la mayoría de los casos en el primer año que sigue a la intervención y como consecuencia de exéresis incompletas, a menudo explicadas por el temor al facial que es la causa principal de las excisiones parciales de las operaciones en el área parotídea. Las exéresis completas no han sido seguidas de recidivas, en series de enfermos seguidos hasta diecisiete años después de la intervención. Queda como asunto a estudio, si no cuenta para el c. l. p. la posibilidad de recurrencia muy tardía bien conocida en los tumores mixtos, aún con exéresis aparentemente completas. En 291 casos se le estima en 5,5 %; en 100 casos cuidadosamente vigilados desde meses hasta diecisiete años, es de 16 %; probablemente el verdadero porcentaje está más cerca de la primera cifra. La topografía habitualmente superficial sin involucrimiento del facial permite su completa extirpación en general, sin lesión del nervio. Es seguramente por ello que el porcentaje de recurrencia es menor que el de los tumores mixtos más comunes. De ahí que puedan considerarse como de excelente pronóstico.

TRATAMIENTO

El tratamiento *quirúrgico* es el tratamiento aconsejable y el único cuya eficacia parece probada. El tumor debe ser extirpado en totalidad; las exéresis incompletas se acompañan de recidivas precoces. Plantea consideraciones de orden conceptual y problemas tácticos y técnicos, todo lo cual hemos estudiado extensamente en nuestros trabajos anteriores y a los que por razones de espacio no podemos analizar aquí.

Se opera en general con diagnóstico de tumor mixto salvo los casos en que una punción biópsica previa ha hecho el diagnóstico exacto. Si en el curso de la operación se sospecha el c. l. p., se justifica un corte por congelación. Puede hacerse: a) *enucleación simple* utilizando el plano de clivaje peritumoral, no constante; b) *enucleación extracapsular* o *enucleorresección* extirpando además del tumor, el tejido glandular adyacente; c) *parotidectomía parcial* o *total* con conservación del facial; d) *parotidectomía parcial* o *total* con sacrificio del facial.

La *enucleación simple*, aconsejada por algunos autores para el c. l. p., expone a una exéresis incompleta y a la herida de la cápsula, máxime tratándose de un tumor quístico; creemos que sobran razones para no pasar al ras de la cápsula. La *enucleación extracapsular* aleja la posibilidad de herida de la cápsula y asegura, en cuanto a la lesión, una exéresis completa; los riesgos que corre el facial son mayores y su descubierta previa es, en nuestra opinión, aconsejable. Aplicable a la localización superficial, la más frecuente en el c. l. p., no lo es cuando él asienta en el lóbulo profundo como en nuestro caso; la descubierta del facial, absolutamente necesaria entonces, justifica plenamente una lobectomía.

La *parotidectomía parcial* o *total* es la única que cumple, según algunos autores, con la exigencia de una extirpación total en los tumores mixtos en general. Se les defiende fundamentalmente en base al origen a menudo multicéntrico y a la encapsulación con frecuencia precaria, atribuyéndose el alto porcentaje de recidivas a una extirpación incompleta debida a la limitación no precisa del tumor, a su contenido en parte mixomatoso y al temor de lesionar el facial. La exéresis radical sólo puede

asegurarse con una lobectomía superficial o profunda o con una parotidectomía total; la primera cuenta con decididos partidarios cuando el tumor asienta en el lóbulo superficial.

El concepto de benignidad del c. l. p. se fundamenta en su anatomía patológica, en su evolución clínica y el postoperatorio de los pacientes tratados con exéresis simple. Aun cuando su estructura anatómica parece darle una neta individualidad dentro de los tumores salivales, que se repite siempre reproduciendo aspectos típicos de fácil diagnóstico, parece riesgoso basar en el examen macro y microscópico, el pronóstico definitivo, ya que es un hecho admitido para los tumores mixtos en general que es difícil anticipar por la estructura de la neoformación lo que será la evolución de la misma. Tentativas recientes de reclasificación y análisis de datos clínicos y patológicos de los tumores parotídeos conjuntamente con el estudio de los porcentajes de sobrevida, evidencian que sigue siendo verdad el que toda afirmación dogmática con respecto a los tumores salivales debe ser evitada; creemos que el c. l. p. no hace excepción. Por otra parte, en el trabajo de Orloff, partidario de la enucleación extracapsular, se señala 16 % de recidivas en 100 casos operados de c. l. p. seguidos entre pocos meses y diecisiete años.

En nuestra opinión la parotidectomía parcial cuando el tumor asienta en el lóbulo superficial y parcial o total, según la edad del enfermo, hecho que hemos analizado en nuestros trabajos anteriores, cuando asienta en el lóbulo profundo, son preferibles a la enucleación extracapsular, dado que en ambas entendemos que debe procederse a la descubierta del facial. La parotidectomía total se impone en los tumores muy grandes y en las recidivas. La conservación o el sacrificio del nervio es asunto cuestionable, especialmente si el tumor adhiere al facial; la conservación supone una disección del facial, separándolo de la parótida, verdadera fragmentación del neoplasma, aceptable para un tumor mixto —quizás no en todos los casos—, pero inadmisibles para un verdadero epiteloma.

La operación puede ser conducida con *anestesia* local, regional o general. La *incisión* dentro de sus numerosas variantes, sigue lo que se conoce en nuestro ambiente como incisión de Gutiérrez (que es la que usamos con la modificación de Finochietto). La *conservación del facial* puede hacerse: 1) identi-

ficando *el tronco* a su salida del agujero estilomastoideo, que es el criterio que nos parece preferible; 2) identificando *una rama de división secundaria* en la cara o el cuello y 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.

Como *complicaciones* se han señalado: parálisis faciales (temporaria o definitiva; fístula salival residual y formación queiloidea en la cicatriz de la incisión.

La *roentgenterapia* o *radiumterapia* no ha dado resultados alentadores, lo mismo que en los tumores mixtos, aun cuando en el c. l. p., la abundancia de los componentes linfocíticos podría hacer pensar en su radiosensibilidad. Sin embargo no auguran el éxito de este tratamiento el carácter del tejido linfoide, la presencia de elementos adenoides y los quistes, a lo que cabe añadir la poca sensibilidad del tejido linfoide hiperplástico, a menos de dosajes muy altos. En los centros especializados se considera al c. l. p. como no radiosensible ni radiocurable.

Cabe recordar que se ha señalado que ocasionalmente los resultados son buenos en los tumores mixtos y que su uso como complemento del tratamiento quirúrgico, especialmente en todas las recidivas, es digno de consideración. En ciertas recidivas pequeñas y fijas de un tumor mixto conocido, Kirklin ha obtenido buenos resultados con la implantación de agujas de radium en el tumor. La terapéutica por radiaciones no es aconsejable en general en el tratamiento del c. l. p. especialmente teniendo en cuenta los buenos resultados del tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

1. BAYLEY, H.—Treatment of Tumors of Parotid Glands with Special Reference to Total Parotidectomy. "Brit. J. Surg.", 28: 337-346; 1941.
- BROWN, J. B.; Mc DOWELL, F. and FRYER, M. P.—Direct Operative Removal of Benign Mixed Tumors of Anlage Origin in the Parotid Region. "Surg. Gynec. & Obst.", 90: 257-268; 1950.
2. BUXTON, R. E.; 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. H.—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. GASTON, E. A. y TEDESCHI, C. J.—Adenolinfoma de las glándulas parótida y submaxilar. “Anales de Cirugía”, 5: 1094-1108; 1946.
7. HAMPERL, H.—Onkocyten und Geschwülste der Speicheldrüsen. “Virchows Arch. f. path. Anat.”, 282: 724-736; 1931.
8. JAFFE, R. H.—Adenolymphoma (Onkocytoma) of the Parotid Gland. “Am. J. Cancer”, 16: 1415-1423; 1932.
9. KIRKLIN, J. W.; Mc DONALD, J. R.; HARLINGTON, S. W. and NEW, J. B.—Parotid Tumors; Histopathology, Clinical Behaviour and End Results. “Surg. Gynec. & Obst.”, 92: 721-733; 1951.
10. MARTIN, H. and EHRLICH, H.—Papillary Cystoadenoma Lymphomatosum (Warthins' Tumors) of the Parotid Salivary Gland. “Surg. Gynec. & Obst.”, 79: 611-623; 1944.
11. Mc CORMACK, L. S.; CAULDWELL, 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.
12. Mc FARLAND, J.—The Mysterious Mixed Tumors of the Salivary Glands. “Surg. Gynec. & Obst.”, 76: 23-24; 1943.
13. ORLOFF, H. J.—Benign Epitheliolymphoid Lesions of the Parotid Gland, Papillary Cystoadenoma Lymphomatosum and Mikulicz' Disease. “Int. Abst. of Surg.”, 193: 521-541; 1956.
14. PIQUINELA, J. A.—Los tumores mixtos de la parótida. El tumor de Warthin. Parotidectomía con conservación del facial. “Bol. Soc. Cir. Urug.”, 25: 250-275; 1954.
15. PIQUINELA, J. A.—Cistoadenoma linfomatoso papilar de la parótida. “An. Fac. Med. Montevideo”, 39: 301-316; 1954.
16. RIESSNER, D.—Surgical Procedure in Tumors of the Parotid Gland. “Arch. Surg.”, 65: 831-848; 1952.
17. 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.
18. THOMPSON, A. S. and BRYANT, H. C.—Histogenesis of Papillary Cystoadenoma Lymphomatosum (Warthin's Tumors) of the Parotid Salivary Gland. “Am. J. Path.”, 26: 807-850; 1950.
19. WARTHIN, A. S.—Papillary Cystoadenoma Lymphomatosum; A Rare Teratoid of the Parotid Region. “J. Cancer Research”, 13: 116-125; 1929.
20. WHEELLOCK, M. C. and STRAND, C. M.—Papillary Cystoadenoma Lymphomatosum. “Surg. Gynec. & Obst.”, 98: 571-574; 1954.