

TUMORES DE LA GLANDULA PAROTIDA

por los Dres.

COSME GAY ESCODA

y

LEONARDO BERINI AYLES

BARCELONA

1. — INTRODUCCION

Los tumores de las glándulas salivales constituyen una patología de especial interés, ya que plantean una serie de problebas desde distintos puntos de vista del diagnóstico y de la terapéutica. Su relativa frecuencia, del 1 al 2 por ciento de toda la patología tumoral del organismo, justifica su interés, aumentando todavía más para el cirujano, puesto que constituyen el mayor porcentaje de indicaciones quirúrgicas de esta región.

El conocimiento de las características biológicas de cada variedad de tumor y la posibilidad no rara de encontrar una disociación citobiológica en algunos de ellos, hace más apasionante el estudio de este tipo de patología.

2. — MATERIAL Y METODO

Hemos recogido en esta revisión, nuestra experiencia sobre tumores de glándulas salivales, intervenidos en nuestro Servicio hasta junio de 1978, pero únicamente de glándula parótida. Comprende dicho estudio 99 casos, todos ellos con su correspondiente confirmación anatomopatológica.

Para la sistematización de este trabajo hemos adoptado la clasificación de RAUCH y GORLIN sobre tumores de las glándulas salivales; estos autores distinguen 3 grandes grupos:

1. — Sialomas.
2. — Sinsialomas.
3. — Parasialomas.

Así, sialoma sería toda neoplasia del parénquima glandular, a diferencia del sinsialoma que se define como todo tumor originado a partir del tejido intracapsular no parenquimatoso, como puede ser la neoformación que proviene de estructuras nerviosas, perineurales, vasculares, del tejido conectivo circundante, incluyendo en este epígrafe tanto metástasis como invasiones parotídeas. Sin embargo, clínicamente, tanto sialomas como sinsialomas se consideran tumores glandulares. En cambio el parasialoma sería cualquier proceso, neoplásico o no, que simula macroscópicamente un tumor glandular.

Clasificación de los Sialomas (O.M.S.). —

A. — Adenomas:

1. — Adenoma pleomorfo o tumor mixto
2. — Adenoma monomorfos:
 - adenolinfoma (Tumor de WHARTIN)
 - oncocitoma (Adenoma oxifílico)
 - otros tipos:
 - de células basales
 - de células claras

B. — Tumor mucoepidermoide

C. — Tumor de células acinosas

D. — Carcinomas:

1. — Carcinoma adenoide cístico (Cilindroma)
2. — Adenocarcinoma
3. — Carcinoma epidermoide
4. — Carcinoma indiferenciado
5. — Carcinoma en un adenoma pleomorfo.

Clasificación de los Sinsialomas. —

1. — Neurinoma, neurofibroma

2. — Angiomas:

- hemangioma
- linfangioma

3. — Lipoma

4. — Linfoma

5. — Sarcoma

6. — Tumores malignos diversos.

3. — RESULTADOS

De un total de 314 intervenciones quirúrgicas sobre glándulas salivales, 99 corresponden a patología parotídea, lo que representa un 31 por ciento del total (Cuadro n.º 1).



Fig. 1
Tumor mixto de parótida de 20 años de evolución.



Fig. 2
Linfangioma parotídeo infantil.



Fig. 3
Enfermedad de Mikuliz.



Fig. 4
Tumor de Whartin.



Fig. 5
Tumor maligno de parótida que ha producido parálisis facial.

Finalmente tenemos los tumores de alta malignidad, en total de 6, de pronóstico sombrío y cuyos resultados, a pesar de su tratamiento radical son deficientes (Cuadro n.º 3).

CUADRO N.º 3	
SIALOMAS DE PAROTIDA: 56 CASOS	
— Adenoma oxifílico	1
— Cistoadenoma papilífero	4
— Adenoma pleomorfo	39
— Adenoma pleomorfo recidiva	2
— Tumor mixto maligno	1
— Tumor mucoepidermoide	3
— Carcinoma adenoquistico	1
— Carcinoma cel. acinares	1
— Carcinoma cel. escamosas	2
— Carcinoma indiferenciado	2

Dentro de los sinsialomas, con 22 casos, agrupamos procesos de naturaleza muy dispar, puesto que englobamos tumoraciones benignas como neurinomas, neurofibromas, linfangiomas y lipomas junto con neoformaciones malignas tipo hemangiopericitoma y leiomiomasarcoma (Cuadro n.º 4).

CUADRO N.º 4	
SINSIALOMAS DE PAROTIDA: 22 CASOS	
— Neurofibroma	2
— Neurinoma	1
— Linfangioma	1
— Leiomiomasarcoma	1
— Hemangiopericitoma	1
— Metástasis	
melanocarcinoma	3
linfosarcoma	3
origen desconocido	1
c. indif. submaxilar	1
— Invasión por C. pavimentoso de vecindad	8

Hemos agrupado aquí también las metástasis parotídeas, 8 casos, destacando la apetencia que tienen sobre este terreno los melanocarcinomas de la región facial.

Igualmente hemos hecho constar la inversión glandular a partir de procesos neoplásicos vecinos, en especial Carcinomas espinocelulares de

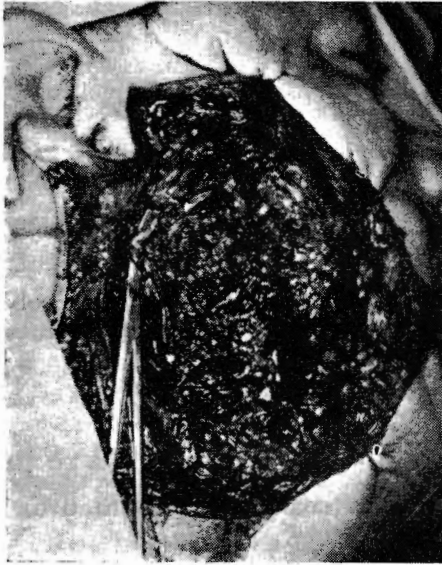


Fig. 8

Vista operatoria de una parotidectomía subtotal.



Fig. 9

Vista operatoria de una parotidectomía total preservando el nervio facial.

la región estafilina y lingual, así como de la piel, sumando en total otros 8 casos.

4. — DISCUSION

Los métodos diagnósticos son terriblemente pobres y lo único que hacemos con ellos es malgastar tiempo y dinero. Nuestros criterios diagnósticos son los siguientes:

1. — *Anamnesis*
2. — *Inspección y palpación*
3. — *Sialografía*
4. — *Análisis de saliva (cualitativo y cuantitativo).*
5. — *Frotis salival*
6. — *Termografía*
7. — *Radioisótopos*
8. — *T.A.C.*

De cara a la intervención quirúrgica, lo único ideal sería tener de antemano un diagnóstico sobre el grado de malignidad de la tumoración que vamos a tratar (Cuadro n.º 5).

CUADRO N.º 5		
CARACTERISTICAS DIFERENCIALES ENTRE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS		
	Benignos	Malignos
Crecimiento	Lento	Rápido
Forma	Regular, redondeada	Irregular, mamelonada
Límites	Bien limitado	Mal delimitado
Adherencia	No	Sí
Consistencia	Blanda	Dura
Dolor	No	Sí
Parálisis facial	No	Sí
Alt. vasculares	No	Sí
Metástasis	No	Sí

Tumores benignos	Adenomas
Tumores de baja malignidad	Tumor mucoepidermoide Tumor de células acinosas Carcinoma adenoide cístico
Tumores de alta malignidad	Adenocarcinoma Carcinoma epidermoide Carcinoma indiferenciado Tumor mixto maligno

Huelga decir que el tratamiento de estos tumores ha de ser preferentemente quirúrgico, dada la ineffectividad de los procedimientos tanto físicos como farmacológicos, en la mayoría de los casos. Por esto y como ya hemos dicho antes, prácticamente nunca usamos ningún método de diagnóstico complementario, lo único que nos será útil es el examen anatomopatológico a cargo de un patólogo competente. Sin embargo, otra dificultad es que la biopsia preoperatoria, por sus muchos peligros y poca fiabilidad ha de ser proscrita.

Resumiendo, nuestras posibilidades quirúrgicas son:

1. — Enucleación y biopsia preoperatoria: Nunca jamás.
2. — Parotidectomía subtotal o superficial: En los tumores benignos que afectan al lóbulo superficial.
3. — Parotidectomía total preservando el nervio facial: En los tumores de bajo grado de malignidad y en los tumores benignos que afectan al istmo o al lóbulo profundo.
4. — Parotidectomía total incluyendo el nervio facial: En los tumores de alta malignidad (En caso de tumores de larga patocrinia puede intentarse recuperar el funcionamiento del nervio mediante anastomosis con otros nervios o injertos nerviosos en otros casos).
5. — Parotidectomía radical y disección cervical radical: Para tumores de alto grado de malignidad metastatizan fácilmente en el cuello, tipo carcinoma de células escamosas o adenocarcinoma.

Con estas normas llegamos a reducir el número de recidivas, hecho muy notable en especial en lo referente a los adenomas pleomorfos, en los que antiguamente se efectuaba por todo tratamiento una simple enucleación. Como dato curioso, 11 de nuestras intervenciones sobre tumores mixtos eran producto de una terapéutica quirúrgica errónea por demasiado económica. Por tanto hemos de aceptar la parotidectomía superficial como la mínima exéresis.

Otro dato de interés es observar la «no evidencia de enfermedad» parámetro especificado por:

- recidiva local
- metástasis ganglionares cervicales
- metástasis a distancia

Valorado por nosotros a los tres años de la intervención.

Merece destacarse finalmente el mal comportamiento de los carcinomas de células escamosas y adenocarcinomas, a pesar de nuestra terapéutica radical, y la evolución relativamente aceptable de tumores mucoepidermoides y cilindromas, aunque creemos que deberían considerarse de alta malignidad.

5. — CONCLUSIONES

- Pobreza de métodos diagnósticos.
- Adenoma pleomorfo, tumor más frecuente.
- Tratamiento de estos tumores, principalmente quirúrgico.
- Discusión sobre zona intermedia de tumores, considerados de «Baja malignidad», en los que cabrían el tumor mucoepidermoide y el carcinoma adenoide cístico.
- Plan terapéutico según alta o baja malignidad de estos procesos, lo que requiere un buen patólogo (examen preoperatorio).
- La parotidectomía superficial es la mínima intervención a realizar, en caso de afectación tumoral o no de la parótida.
- Enucleación y biopsia preoperatoria proscrito.

BIBLIOGRAFIA

1. Pathology of tumours of the oral tissues. R. S. LUCAS. Ed. Churchill-Livingstone. Edimburgh and London 1972.
2. Tipos histológicos de tumores de las glándulas salivares. A C. THACKRAY-L.M. SÓBIN. C. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1972.
3. Tratado de O.R.L. J. BERENDES - R. LINK - F. ZOLNER. Ed. Científico Médica 1969.
4. Patología Oral. Thoma. R. J. GORLIN - H. M. GOLDMAN. Salvat editores 1973.
5. Surgical treatment of head and neck tumors. J. F. BARBOSA. Grune and Stratton. New York and London 1974.
6. Chirurgie des glandes salivaires. H. REDÓN. C. Masson et Cie Paris 1955.
7. Cancer, Diagnosis, Treatment and Prognosis. ACKERMAN - REGATD. C. Mosby Company. St. Louis 1973.
8. Atlas of diseases of the salivary glands. TAKESHI KITAMURA. Ed. Igaku Shoin Tokyo 1976.
9. Tumors of the head and neck. J. G. BATSAKIS. Ed. Williams-Wilkins. Baltimore 1974.
10. Surgery of the face, mouth and neck. R. RANKOW. Ed. Saunders. Philadelphia 1968.
11. Patología Bucal. S. N. BHASKAR. Ed. El Ateneo. Buenos Aires 1976.
12. Diagnóstico en patología oral. ZEGARELLI-KUTSHER-HYMAN. Ed. Salvat. Barcelona 1974.
13. Atlas of diseases of the salivary glands. R. RANKOW. Ed. Saunders. Philadelphia 1975.
14. Tratado de técnica quirúrgica. H. REDON - B. DUHAMEL. Ed Toray Masson. Paris 1974.