

82 11209
24

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**NEOPLASIAS DE LA GLANDULA PAROTIDA
REVISION DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL A.B.C.**

**TESIS RECEPCIONAL DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DR. JUAN CARLOS RENTERIA COVARRUBIAS**

Aesor de Tesis: Dr. Leopoldo Guzmán Navarro



FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E.

INTRODUCCION.....	1
EMERIOLOGIA.....	3
HISTOLOGIA.....	4
ANATOMIA.....	6
FISIOLOGIA.....	9
ANATOMIA QUIRURGICA.....	11
CLASIFICACION HISTOLOGICA.....	13
PADECIMIENTOS ASOCIADOS.....	22
VIAS DE DISEMINACION.....	23
MANIFESTACIONES CLINICAS.....	24
METODOS DIAGNOSTICOS.....	25
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	28
ESTADIFICACION.....	29
TRATAMIENTO.....	30
OBJETIVOS.....	34
MATERIAL Y METODOS.....	35
RESULTADOS.....	36
CONCLUSIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	43

NEOPLASIAS DE LA GLANDULA PAROTIDA

INTRODUCCION.

Las glándulas salivales en el ser humano están divididas en dos grandes grupos: las glándulas salivales mayores y las menores. Las mayores están representadas por tres pares de estructuras situadas lateralmente en la línea media y son: PAROTIDAS, SUBLINGUALES Y SUBMAXILARES. Las menores comprenden numerosas glándulas estructuralmente menos complejas que las mayores y que se encuentran colocadas inmediatamente por abajo de la mucosa de la cavidad oral y faríngea, principalmente en el área del labio inferior, paladar, lengua, encías, región amigdalina y que también las podemos encontrar en áreas más distantes como la nariz y senos paranasales, laringe y tráquea y aún en los bronquios.

Los tumores de las glándulas salivales son poco comunes y comprenden cerca del 3 % de todas las neoplasias de cabeza y cuello. Su frecuencia varía entre 1 y 3 por cada 100, 000 hab. en todo el mundo. Son poco más comunes en mujeres y en otras razas que no sea la blanca. En la infancia son muy raros y el promedio de edad para su aparición son los 45 años. (1)

Si bien su frecuencia no los hace estadísticamente importantes, la gran variedad que de ellos existe, representa uno de los complejos de estirpe más amplios del organismo humano, compuestos de tumores que difieren grandemente en su comportamiento biológico y que requieren de diferentes abordajes terapéuticos, los convierten en un tema que implica un profundo conocimiento de estos aspectos, además de una amplia experiencia en la interpretación histológica de ellos, pues de esta dependerá el curso de acción que en el acto quirúrgico se tome sobre estructuras nerviosas cuya resección produce secuelas importantes para el paciente, entre las cuales destacan manifestaciones en el aspecto físico del individuo.

En estas neoplasias existen en muchas ocasiones similitudes en la morfología macroscópica que requerirán de la experiencia de un histopatólogo para poder interpretar su imagen y obtener un diagnóstico certero. (2)

Su frecuencia así como la aparición de las distintas variedades que componen este grupo de neoplasias no es el mismo para todas las glándulas salivales y así vemos que son más frecuentes en la parótida. Por cada 100 tumores parotídeos se presentan 20 en las glándulas salivales menores, 10 maxilares y uno solo sublingual. Con respecto a su comportamiento biológico vemos que el 75 % de las neoplasias parotíneas son benignas, el 40 % de las submaxilares, 20 % de las salivales menores y cuando más un 10 % de las raras neoplasias sublinguales corresponden al grupo de tumores benignos. (3)

Es muy importante conocer la evolución del tratamiento quirúrgico de las neoplasias de las glándulas salivales para así entender los conceptos que han creado las bases en las cuales se fundamenta su tratamiento actual.

Todavía en 1943 Mac Farland enfatizaba en el alto grado de recurrencias posteriores al tratamiento quirúrgico de los tumores más comunes de las glándulas salivales, o sea, los tumores mixtos o adenomas pleomórficos, que alcanzaba cifras cercanas al 40 % era debido al origen multifactorial de estas neoplasias y que la cirugía no debía realizarse, sino que el tratamiento adecuado era la radioterapia. Mucha fue la influencia de este patólogo en el criterio adoptado en esta época y por ello por mucho tiempo la búsqueda de un tratamiento quirúrgico adecuado, abandonada. (4)

Solo posteriormente a esta fecha y por el desarrollo de nuevas técnicas entre cuyos líderes se encontró Hayes Martin y su escuela del Hospital Memorial de Nueva York en las cuales la preservación del nervio facial, al mismo tiempo en que se obtenían especímenes más grandes, que producían extirpaciones excisionales de las neoplasias con márgenes de tejido sano circundante y no especímenes incisionales o simples enucleaciones tumorales, como se vio que el alto índice de recurrencia era debido a resecciones inadecuadas a piezas tumorales quirúrgicas lo que producía estas, y no orígenes multifactoriales. (5)

El alto índice de recurrencias era debido más a la violación de los principios fundamentales de la cirugía oncológica, al temor de lesionar el nervio facial, por no existir técnicas que sistemáticamente lo identificaran para así poder protegerlo. Así se estableció el concepto de una adecuada biopsia excisional que representó el avance más significativo para el diagnóstico y tratamiento para los tumores salivales.

ENERIOLOGIA.

Las glándulas salivales se inician como proliferaciones sólidas de células derivadas del epitelio de la boca primitiva durante la sexta y séptima semana de desarrollo intrauterino.

La glándula parotida se desarrolla a partir de yemas que se originan en la cubierta ectodérmica del estomodo o boca primitiva. (8)

Estos yemas se ramifican para formar conductos sólidos con extremos redondeados; más adelante, los conductos desarrollan lúmenes en el interior y los extremos redondeados se diferencian hasta acinar, capsula y tejido conectivo se desarrollan a partir del mesenquima circundante.

La proliferación celular y los planos que separan a los distintos grupos celulares resultan en el desarrollo de una estructura ramificada de múltiples bandas epiteliales rodeadas por tejido mesenquimatoso ricamente vascularizado. En el embrión las primeras glándulas en aparecer son las parótidas, las cuales lo hacen en un embrión de apenas 10 mm, seguidas por las sublinguales y submandibulares, apareciendo las salivales menores en estadios mucho más tardíos (embriónes de 62 mm).

HISTOLOGIA.

La glándula parótida tiene una cubierta aponeurotica e incluye acinos serosos integrados por células piramidales y conductos intercalados y estriados. (7)

De la capsula fibrosa salen tabiques bastante densos que atraviezan la glándula para dividirla en lóbulos y lobulillos. El tejido conectivo fino rodea a los acinos y conductos, y en este tejido están incluidos numerosos capilares.

Los acinos son alargados e incluidos en la membrana basal, con algunas células mioepiteliales. Todas las células acinares tienen sus núcleos esféricos situados en la periferia (base) y muestran basofilia citoplasmática infranuclear, gránulos de secreción apical. Con microscopio electrónico se observan células serosas que contienen amplio retículo endoplásmico gránuloso y ribosomas libres y mitocondrias por debajo y al alrededor del núcleo, con un aparato de Golgi supranuclear y gotitas presincretorias y secretorias apicales. Los bordes celulares son complejos y se observan microvelocidades apicales. Por microscopía electrónica se han identificado dos regiones del conducto intercalado. Las células en la parte proximal son pequeñas, dispuestas en forma tubular a partir de la luz de un acino y muestran gránulos secretorios. En la parte distal, las células no incluyen gránulos de secreción, la luz suele tener mayor diámetro y pueden encontrarse células mioepiteliales entre las células del conducto y la lámina basal adyacente. El conducto intercalado se continúa en un conducto estriado. En este sitio las células son altas y poligonales o de forma cilíndrica y muestran estrias basales, las que en microscopio electrónico se aprecian como invaginaciones basales de la membrana plasmática con numerosas mitocondrias alargadas en las bolsas citoplasmáticas así formadas.

Los acinos glandulares pueden ser de tres tipos: serosos, mucosos y sero-mucosos. Los serosos se encuentran formando la totalidad de la glándula parótida y de las glándulas menores localizadas en la lengua en relación con las papilas gustativas llamadas glándulas de Von Ebner. Se encuentran también en una proporción variable en la glándula submaxilar. Los acinos mucosos se encuentran en las glándulas submaxilar, sublinguales y en la mayoría de las salivales menores. Los seromucosos que combinan las características estructurales y funcionales de los anteriormente mencionados se localizan principalmente en la glándula sublingual y en varias salivales menores.

Podemos entonces decir que en la parótida solamente hay acinos serosos, en la sublingual se encuentran mucosos y seromucosos, y en las salivales menores predominan los mucosos aunque también existen los seromucosos y los serosos. Los conductos intercalados están formados por una sola capa de células cuboidales y se consideran como fuente de células de reserva que pueden transformarse y proliferar en células acinares, células de conductos intercalados o células mioepiteliales, por lo tanto ser capaces de producir y explicar las varias estirpes celulares neoplásicas presentes en las glándulas salivales.

La morfología de las células, de los tubulos contorneados distales del rion se ha sugerido que tienen función semejante en relación a la resorción de líquido de la luz al intersticio. Los conductos excretorios comienzan como

epitelio cilindrico simple que poco a poco se transforma en pseudoestratificado y por último en estratificado. En esta glándula son importantes y patentes los conductos intralobulillares.

Los conductos intercalados son de mayor tamaño en las glándulas serosas como en la parótida y quizá este fenómeno explique el porque las neoplasias salivales de mayor variedad y en mayor número se produzcan en esta glándula. Los conductos están formados por células columnares bajas o altas que tienen finas estrías en sus bases y a las cuales deben su nombre, y su función en el transporte de iones y agua modificando las cantidades de estas substancias en la saliva. Los conductos excretorios tienen un recubrimiento epitelial que varía de cuboidal a escamoso de revestimiento.

ANATOMIA.

La glándula parótida es la más voluminosa de las glándulas salivales. Se haya situada por debajo de la apófisis mastoidea, por detrás de la rama ascendente del maxilar inferior. Esta contenida en una sola celda de paredes anfractuadas, formada por tejido conjuntivo que se condensa en algunas partes, tomando el aspecto de una aponeurosis.

Celda parotídea se considera como una dependencia de la aponeurosis cervical superficial que considerada en la parte más superior del borde anterior del Esternocleidomastoideo (ECM) se desdobla al dirigirse hacia adelante. La hoja superficial se dirige hacia la cara, insertándose en el ángulo maxilar inferior, en el borde posterior de su rama ascendente y en el arco cigomático. La hoja profunda corre hacia adentro, alcanza el vientre posterior del digástrico y toma adherencias en los elementos del ramillete de Riolo; se dirige después hacia afuera y alcanza la rama del pterigoideo interno y lo acompaña hasta su inserción inferior, donde se encuentra en el ángulo del maxilar con la hoja superficial. Esta hoja profunda se vuelve cada vez más delgada a medida que se aproxima a la pared lateral de la faringe y se condensa nuevamente, cuando se refleja hacia afuera para alcanzar el maxilar inferior. (6)

Por arriba, la aponeurosis superficial se fija en el borde inferior del arco cigomático y en la porción cartilaginosa del conducto auditivo externo. La hoja profunda asciende hacia la apófisis estiloides, alcanza la roca del temporal y se fija en su periostio.

La celda parotídea es más gruesa en su parte externa que en la interna, donde se hace tan delgada y tenue que esta reducida a una capa delgada de tejido conjuntivo. Posee una pared anterior que del borde del aramo ascendente del maxilar, pasa al pterigoideo interno, reforzada por el ligamento esfeno-maxilar. La cara posterior del digástrico, los músculos estilianos y los ligamentos estilomaxilar y estiloideo: la pared superior, integrada por las paredes anterior e inferior del conducto auditivo externo y la parte posterior de la articulación temporomaxilar; la pared inferior constituida por el tabique intermaxiloparotídeo, también llamada cintilla interglandular. Finalmente, la pared externa esta formada por la aponeurosis superficial, que va de apófisis mastoideas y borde anterior del ECM a la aponeurosis maseterina y al borde posterior de la rama ascendente del maxilar.

FORMA Y RELACIONES DE LA PAROTIDA.

Presenta la forma de un prisma triangular con una base superior y otra inferior, una cara externa, otra anterior y otra posterior; un borde interno faríngeo y dos bordes externos uno anterior y otro posterior. Sus relaciones se pueden dividir en extrínsecas o exteriores e intrínsecas o interiores.

Relaciones exteriores: por su cara externa, que es ligeramente abombada esta en relación con la aponeurosis cervical superficial, con el tejido celular subcutáneo y la piel. Se encuentra en el tejido celular fibras del risorio de Santorini. La cara anterior acanalada verticalmente corresponde de afuera a dentro al borde posterior del masetero, el borde posterior de la rama ascendente del maxilar, al borde posterior del pterigoideo interno y la

aponeurosis interpterigoidea, reforzada por el ligamento esfenomaxilar. Tambien se relaciona con la membrana fibrosa que une a los ligamentos estilomaxilar y esfenomaxilar.

De esta cara en su unión con la externa se desprende una porción anterior, aplanada transversalmente y de forma conica cuya base se confunde con la glándula y cuyo vertice esta situado en la parte externa y media del masetero. De esta prolongación emana, por su cara profunda el canal de Stenon.

La cara posterior de afuera adentro al borde anterior del ECM, al borde del digástrico, al estiloides y al estilillo; unidos naturalmente por la aponeurosis profunda de la celdilla parotidea, que esta reforzada a este nivel por los ligamentos estilomaxilar y estiloides. De la cara posterior de la glándula parten prolongaciones que se introducen entre el ECM y el digástrico y entre este y la apofisis estiloides.

La extremidad superior de la glándula se relaciona con la articulación temporomaxilar cuya capsula articular cubre y aun toma adherencias en ella; mas adentro se haya en relacion con la porción cartilaginosa del conducto auditivo externo.

La cara inferior descansa sobre el tabique intermaxiloparotideo el cual la separa de la glándula submaxilar.

El borde interno se relaciona con el ligamento estilomaxilar o con la pared lateral dela faringe donde existe prolongación faringea.

El borde anterior corresponde al borde anterior del ECM.

Relaciones interiores: la masa parotidea esta en relación directa con arterias, venas, linfáticos y nervios que atraviezan la celda parotidea y se introducen en el parénquima glandular.

Entre las arterias, se encuentra la carótida externa, la cual emite en su trayecto interparotideo la auricular posterior, la maxilar interna y la temporal superficial. Entre las venas se encuentra la yugular externa, que tiene su origen en la confluencia de la vena maxilar interna y la vena temporal superficial a nivel del cuello del cóndilo recibiendo en su trayecto la transversa de la cara y la auricular posterior.

Los linfáticos intraparotideos, son ganglios los cuales unos son superficiales situados en la cara externa de la parótida, donde forma un grupo superior, otro anterior y otro posterior; y otros profundos colocados en el trayecto de la carótida y yugular externas que reciben la linfa del velo del paladar, del conducto auditivo externo y de la parte posterior de las fosas nasales.

Los nervios, en relación con la masa parotidea son el facial, que sale del conducto estilomastoideo penetra en la parótida, la atraviesa oblicuamente hacia afuera y adelante con tendencia a la cara externa de la glándula y a nivel del borde posterior de la rama ascendente del maxilar inferior se divide en sus ramas temporofacial y cervicofacial, las cuales salen separadas de la masa parotidea.

El nervio auriculotemporal o temporal superficial nace del tronco posterior del maxilar inferior pasa por el ojal retrocondileo y penetra en la masa parotidea. Aqui emite un ramo que se dirige hacia arriba hasta llegar a la arteria temporal superficial, donde se anastomosa con el facial, y un ramo corto que origina múltiples ramas que se pierden en la parótida, anastomosandose con ramas procedentes del facial. Estas ramas son dependientes de las que emite afuera de la celda destinadas al, trago, al conducto auditivo externo, al plexo cervical y al simpático.

Constitución anatómica.

La parótida, como la submaxilar, es una glándula acinosa, cuyos acinos de forma tubular mas o menos abultada en su origen se agrupan para formar lobulillos primitivos, los cuales, a su vez, se reúnen con otros para formar lóbulos secundarios, cuyo conjunto viene a constituir a la glándula. Los lobulillos están separados entre si por tejido conjuntivos, donde se encuentran elementos linfáticos y adiposos.

De cada acini parten conductos intercalares llamados tambien conductos de Roll, muy estrechos, revestidos en su interior de una capa epitelial que descansa en una pared propia y que van a desembocar en los conductos interlobulillares, los cuales resultan de la confluencia de varios conductos de Roll. Los conductos de mayor calibre llamados conductos interlobulillares, que van a terminar al conducto excretor el cual es el llamado de Stenon.

Conducto de Stenon.

Se ha constituido por la confluencia de los condutos interlobulillares que se realiza en la cara anterointerna de la parótida o en el espesor mismo de la glandula. Se dirige hacia adelante, cruza la cara externa del bucinador al que atraviesa oblicuamente hacia adelante y adentro para abrirse en la mucosa del vestibulo de la boca a nivel del cuello del segundo molar superior.

Esta cubierto en su origen por la prolongación anterior de la parótida y en el resto de su trayecto por el tejido celular y la piel. Su dirección es definida por una línea que partiendo del lobulo de la oreja se dirige hacia la comisura externa de los labios.

El canal de Stenon esta constituido por una gruesa pared de tejido conjuntivo compacto de fibras elásticas, revestido interiormente por un epitelio de células cilíndricas.

La parótida esta irrigada por ramas directas derivadas de la carótida externas, ramas de la auricular posterior y de la transversa de la cara; de sus redes capilares nacen venas que forman troncos afluentes de la yugular externa.

Los linfáticos que nacen de los acinis que forman conductos colectores que caminan por el tejido conjuntivo intersticial y van a desembocar a los ganglios parotídeos, donde parten troncos eferentes que terminan en los ganglios yugulares externos y en los cervicales profundos.

Los nervios de la parótida proceden del auriculotemporal, del plexo cervical por intermedio de la rama auricular y de las ramas simpáticas que acompañan a las arterias parotídeas.

FISIOLOGIA.

La obvia función de las glándulas salivales es la producción de saliva, la cual en el adulto alcanza volúmenes de 1, 000 a 1, 500 ml al día, siendo producida en un 90 % por la parótida y la submaxilar y un 5 % por la sublingual y el 5 % restante por las glándulas salivales menores. Existen evidencias que demuestran que la mayor cantidad de saliva (hasta un 69 %) es producida por las glándulas submaxilares. (9)

Es flujo salival en reposo es de .05 ml por cada glándula aumentando su flujo hasta .5 ml por minuto al estimularse por medio de la masticación, el gusto y el olfato. Es decir, que cerca del 80 % de la producción de saliva diaria puede relacionarse a producción específica. La secreción salival en las glándulas menores no esta regida por un estímulo nervioso, pero en las mayores existe definitivamente un estímulo autonómico de su secreción a través de fibras parasimpáticas principalmente y simpáticas en menor proporción.

La composición de la saliva nos demuestra que es una secreción mixta de todas las glándulas salivales; es un líquido viscoso que contiene agua, mucina, proteínas, electrolitos y dos enzimas: a) ptialina y b) maltasa.

La ptialina desdobla almidones que son bastante insolubles en agua, en carbohidratos más solubles y menos complejos. La maltasa desdobla al disacárido maltosa. La saliva contiene una composición semejante a la del líquido intracelular y que muestra diferencias entre la parótida y las submaxilares con mayor concentración de calcio en la última. La concentración de glucosa aun en diabéticos no sobrepasa el 1 % de la concentración plasmática del mismo azúcar. Encontrándose también amilasa principalmente en las glándulas serosas y cuya función es iniciar el proceso digestivo. Existen glicoproteínas principalmente en las glándulas con acinos mucosos debido a estas en el 75 % de las personas puede determinarse el grupo sanguíneo en una sola gota de saliva.

Se encuentra también inmunoglobulina del tipo A, la cual puede neutralizar virus y actuar como anticuerpo ante antígenos bacterianos o alimenticios. Existe lisosima, la cual actúa como una enzima antibacteriana y lactoperoxidasa que actúa también como una enzima antibacteriana especialmente a nivel dental.

La saliva contiene además células planas, descamadas, degeneradas del epitelio bucal, linfocitos y granulocitos degenerados llamados " corpusculos salivales ". Ellos provienen principalmente de las amígdalas. La cantidad y calidad de la saliva varía con diferentes estímulos y su composición provendrá de la contribución variable hecha por glándulas salivales principales en respuesta a los diferentes materiales alimenticios.

La saliva tiene varias funciones: humedece constantemente la cavidad bucal, ayuda a la limpieza de los restos alimenticios en la boca, que de lo contrario se produciría un medio de cultivo adecuado para el crecimiento bacteriano, dado que las bacterias se encuentran por lo regular en la cavidad bucal.

Humedece el alimento permitiendo que se degluta con facilidad y que se tenga la sensación de gusto, pues necesita que las sustancias químicas de las que depende el sabor se encuentren en solución para estimular las papilas gustativas. La digestión enzimática de los carbohidratos por la ptialina y la amilasa comienzan en la boca pero cesa en el estómago, pues ambas enzimas son inactivadas por el medio ácido. La secreción de saliva es un factor importante en el mantenimiento del equilibrio de líquidos y disminuye cuando hay deshidratación corporal, lo que da origen a la sensación de sed.

Gran parte del líquido de la saliva, por supuesto, retorna a la circulación por la absorción en el aparato digestivo. Por último, algunos metales pesados son descargados en la saliva.

ANATOMIA QUIRURGICA.

Una vez que hicimos una descripción anatómica completa con anterioridad, señalaremos puntos anatómicos claves de importancia vital para el cirujano interesado en esta región del cuerpo.

Las glándulas parótidas ocupan un espacio óseo limitado parcialmente por el conducto auditivo externo, rama vertical del maxilar inferior, apofisis mastoide y profundamente la apofisis estiloide y la apofisis transversa de la segunda vértebra cervical. Vierte su secreción en la cavidad oral por medio del conducto de Stenon que se desprende de su borde anterior y se sitúa lateralmente al músculo masetero para finalmente rodear el borde anterior de éste y atravesando el bucinador llega a la cavidad oral y se abre a nivel del segundo molar superior. Topográficamente el trayecto del conducto de Stenon, puede representarse por una línea que vaya del trago a un punto situado en la mitad del espacio comprendido entre el ala de la nariz y el labio superior.

Estas glándulas son totalmente superficiales y las separa de la piel y tejido celular subcutáneo la fascia parotídea, estructura firme y definida de la capa superficial de la fascia cervical profunda y que limita el aumento de volumen de las glándulas produciendo dolor irradiado hacia la distribución sensitiva de los nervios auricular mayor y aurículo-temporal.

La porción profunda de las glándulas se relaciona en su aspecto posterior con la carótida interna, vena yugular profunda y los 4 últimos pares craneales, estructuras a las cuales puede comprimir contra los cuerpos vertebrales en caso de aumentar de volumen en forma importante en esta zona. También la porción profunda de la glándula puede crecer en caso de un proceso neoplásico medialmente hacia el espacio faríngeo lateral y producir un desplazamiento del lecho amigdalino hacia la línea media.

La estructura anatómica relacionada a la glándula parótida de mayor interés para el cirujano, es sin duda, el nervio facial, el cual después de salir del acueducto de Falopio a través del orificio estilo-mastoideo, penetra en la glándula en su porción profunda y sigue un trayecto que lo hace cada vez más superficial se divide intraglandularmente en sus dos principales ramas: la temporofacial o superior y la cervico facial o inferior, las cuales posteriormente presentarían divisiones variables pero que generalmente producirían, la superior tres ramas, para la frente, el ojo y el tercio medio facial y dos ramas la inferior, para el labio inferior y el músculo platismo del cuello.

Entre sus ramas, producto de las segundas divisiones existen múltiples anastomosis y así se forma el llamado Pet Anserinus. El nervio facial divide a la glándula en una porción superficial y en otra profunda de menor volumen. Esta división que se traduce en conceptos quirúrgicos y patológicos como lobectomía superficial o tumor del lóbulo profundo, no refleja realmente una división de origen embriológico de la glándula, sino una división topográfica basada en el trayecto intraglandular del VIII par. (10)

Cuando se practican resecciones parotídeas es indispensable la localización del nervio facial para así no dañarlo durante el procedimiento. El nervio puede ser localizado de la periferia al centro, es decir, encontrando una rama distal como la mandibular al cruzar superficialmente la vena facial superficial posterior y así seguir hasta el tronco nervioso principal y

efectuar la disección del centro a la periferia, siendo esta la técnica recomendada por la mayoría de los autores.

Para identificar el tronco principal se utilizan como relaciones el conducto auditivo externo, el vértice o punta de la apófisis mastoide y el vientre posterior del digástrico que nos proporciona el nivel de profundidad en que el nervio penetra en la glándula. (11)

Por último es necesario mencionar que existen ganglios linfáticos en íntima relación con la superficie glandular llamados paraglandulares que drenan la linfa proveniente de la región fronto-temporal, pabellón auricular y ganglios linfáticos profundos o intraglandulares que drenan la linfa proveniente de la glándula en sí, de la trompa de Eustaquio y del conducto auditivo externo. Son estos ganglios los que explican la posibilidad de manifestaciones de neoplasias de origen linfático a nivel de las glándulas salivales, o de depósitos metastásicos ganglionares intraparotídeos que pueden confundirse con neoplasias primarias de la glándula, situación análoga a la producida por hiperplasias benignas intra o periglandulares de otra etiología.

NEOPLASIAS DE LA FROTIDA.

CLASIFICACION HISTOLOGICA.

Debido a la gran cantidad de neoplasias existentes en las glándulas salivales existieron durante muchos años múltiples clasificaciones, muchas de ellas sin fundamento adecuado y debido a estas diferencias en terminología e interpretación, los resultados obtenidos con los tratamientos y evaluación de su pronóstico no eran comparables. Este hecho colaboro mas aun a detener el avance en la búsqueda del tratamiento adecuado en los tumores de origen glandular salival.

Fue hasta 1954 en que la clasificación histológica que Foote y Fratell elaboraron para el Instituto de las Fuerzas Armadas de Norteamérica, en que una clasificación comenzó a ser utilizada universalmente y gracias a esto se desarrollo un mejor entendimiento del comportamiento biológico de cada una de estas neoplasias y del tipo de tratamiento por ellas requerido.

En 1974 una nueva clasificación con variantes en la terminología, pero básicamente igual a la de 1954, fué elaborada por Thackray y Lucas para el mismo Instituto de las Fuerzas Armadas y adoptada también por la Organización Mundial de la Salud.

A.- Tumores benignos.

1).- Quistes

1.1.- Branquiogénicos: originados por un desarrollo fetal anómalo del aparato branquial, en especial del primer arco branquial. Son poco frecuentes y no siempre se relacionan a fístulas preauriculares.

1.2.- Ránula: es un quiste benigno, blando, no doloroso del piso de la boca. Pueden presentarse en el recién nacido o aparecer en años posteriores, aún en la edad adulta y su crecimiento puede ser tal que comprometa la vía aérea por desplazamiento de la lengua. Generalmente son unilaterales, uniloculares y llenos de líquido viscoso que les da una coloración azulosa. Unos de ellos son considerados por retención y se originan por obstrucción de un conducto glandular (sublingual), encontrándose por arriba del músculo milohioideos y manifestandose intraoralmente.

Estos quistes se forman por la obstrucción de un conducto por un proceso inflamatorio, estenosis o descamación del epitelio que forma un tapón. Su tratamiento es la extirpación quirúrgica por medio de un abordaje intraoral. En casos de que sean de gran tamaño deberá de realizarse una marsupialización. No deben de ser puncionados pues no se resuelve el problema, pero si pueden infectarse. Algunos quistes del piso de la boca se extienden hasta el cuello en su aspecto lateral, y se ha pensado que su origen podría ser branquiogénico. Se les ha considerado ránulas de tipo infiltrante y su tratamiento es quirúrgico pero su abordaje será por vía externa.

2).- Adenoma pleomórfico benigno.

El nombre de tumor benigno mixto fué introducido en el siglo pasado para denotar el origen doble, epitelial y mesenquimatoso de esta neoplasia. Es hasta la clasificación de 1974 en que el término de adenoma pleomórfico sustituye al ampliamente difundido del tumor mixto, debido a que la primera enfatiza el origen epitelial y los diferentes patrones etiológicos encontrados en estas neoplasias. (9)

Esta neoplasia es el tumor más frecuentemente encontrado en las glándulas salivales, constituyendo el 70 % de las neoplasias salivales benignas. Su sitio más frecuente de origen es el lóbulo superficial de la glándula parotídea. Rauch encontro en el 92 % de estos tumores originados en las glándulas salivales mayores, contra 6.5 % originados en las menores en una serie de más de 4 000 adenomas pleomorficos estudiados.

Son más frecuentes en el sexo femenino y aunque pueden aparecer en todas las edades, su mayor frecuencia comienza a los 20 años con una media de 40 años. No se ha encontrado relación entre la edad en que aparecen y la malignización o recurrencias. Son neoplasias de crecimiento lento, intermitente, no fijas, lobuladas, redondeadas, indoloras, aunque muchos pacientes pueden referir una sensación de presión o molestia cuando se palpa la glándula. El grado de multicentricidad es mínimo. (12)

Su pronóstico depende del tratamiento que se aplica y lo adecuado de el, más que en su apariencia histológica. Recurrencias locales se han reportado desde un 5 hasta un 50 %. Altos índices de recurrencias significan probablemente tumores tratados por simple enucleación o siembras tumorales quirúrgicas. Con tratamiento quirúrgico adecuado, el porcentaje de recurrencias deberá ser menor de 1 %. Cambios malignos aparecen en un 3 % de los casos, los signos de esta transformación incluyen rápido ritmo de crecimiento, marcada irregularidad en los bordes a la palpación, necrosis, ulceración dolorosa y parálisis facial. (13,14)

La diseminación de este tipo de tumores de la glándula parotídea esta dada por expansión e infiltración local. El tumor puede invadir la piel en caso de recurrencias, el hueso se ve afectado muy raramente pero una masa tumoral puede causar defectos por presión en el hueso adyacente. (12)

Macroscopicamente son neoplasias ovales, regulares, encapsuladas y multilobuladas. La cápsula es habitualmente delgada aunque puede tener áreas de engrosamiento. Un cuidadoso examen de su superficie muestra habitualmente excresencias del tumor que se proyectan hacia la periferia de la cápsula y que explican los altos índices de recurrencias cuando únicamente se enuclean estas neoplasias. Tumores originados en una sola glándula casi nunca son multifocales, pero las recurrencias postquirúrgicas casi siempre lo son.

Microscopicamente diversidad y complejidad histológica los caracterizan, aunque siempre presentan elementos mixocondroides derivados del epitelio y del mioepitelio. La proporción relativa de estos últimos elementos varía ampliamente de una neoplasia a otra y aún de un área a otra del mismo tumor. Su histogénesis es de origen epitelial con células mioepiteliales derivadas del epitelio ductal pluripotencial responsables de los elementos mesenquimatosos del tumor.

3).- Adenomas monomórficos.

3.1.- Adeno linfoma o tumor de Warthin.

El tumor de Warthin o cistadenoma nodular linfomatoso o adenolinfoma, es una neoplasia descrita por Albrecht y Arzt, pero a la cual se le aplicó el nombre de Warthin por ser el patólogo que primero la describió en Norte America. La clasificación de 1974 utiliza el término británico de Adenolinfoma.

Este tumor constituye el 5 % de todas las neoplasias salivales y tiene características particulares como la presencia de epitelio y tejido linfóide como característica invariable. Presenta una franca predilección por el sexo masculino que alcanza una proporción de 5 a 1. Su origen es casi siempre en la parótida, en su lóbulo superficial y en el área de la cola.

El 10 % de los casos es bilateral y es relativamente común el que existan orígenes multifocales en una misma glándula. Su curso es siempre benigno y las recurrencias hablan de una extirpación quirúrgica inadecuada. (9,15)

Es un tumor de consistencia blanda, de límites no fácilmente precisados y habitualmente indoloro. Su histiogénesis se relaciona a un origen de los conductos salivales que quedan incluidos en los ganglios intra y periparotídeos, aunque algunos otros autores piensan que su origen se debe a una proliferación del epitelio ductal que ocasiona una respuesta inflamatoria que produce los elementos linfáticos e inflamatorios presentes en el estroma. Son tumores mal encapsulados, que usualmente presentan una cavidad quística unilobular, aunque pueden existir diversas cavidades quísticas llenas de líquido viscoso.

3.2.- Oncocitoma.

Es un tumor raro que representa menos del 1 % de todas las neoplasias salivales, sin predilección por ningún sexo y que generalmente aparece después de la quinta década de la vida. Su mayor frecuencia de presentación es en la glándula parótida, en donde se presenta como un tumor sólido aunque puede haber formas quísticas llamadas cistadenomas oncocíticos. Tiene una apariencia oscura similar a la del melanoma. Ocasionalmente puede presentar malignización produciendo metástasis. A veces puede ser multicéntrico, factor que hablaría de él como hiperplasia más que como una neoplasia. (9,12)

3.3.- Lesiones benignas linfoepiteliales.

El tumor de Godwin o lesiones linfoepiteliales ocurren en el 5 % de las lesiones benignas. El tumor puede ser bilateral y más común en mujeres. Su excisión puede ser seguida por la presencia de recurrencias.

3.4.- Adenoma de células basales.

Es una lesión benigna pero poco común, generalmente aparece en gentes mayores, es clínica e histológicamente benigno y puede ser curado con una simple excisión. Debe ser diferenciado del carcinoma de células basales de piel que metastatiza a ganglios linfáticos de parótida. (12)

3.5.- Otros tipos.

Neoplasias benignas de presentación ocasional, su casuística se presenta como reporte de casos aislados, entre los cuales se encuentra el adenoma sebáceo y el adenoma de células claras.

B.- Tumores malignos.

1.- Tumores mucoepidermoides.

El término mucoepidermoide fue introducido en 1945 por Stewart y Foote, al reportar una serie de 45 de estos tumores, los cuales fueron descritos originalmente por Wolkman en 1895. El término de carcinoma mucoepidermoide fue utilizado en la clasificación de 1954 y en la de 1974 se cambió a la de tumor mucoepidermoide para significar el que algunos de estos tumores se

comportan con una historia natural sumamente benigna mientras que otros son sumamente agresivos.

Los tumores mucoepidermoide representan del 6 al 9 % de las neoplasias salivales y comprenden un tercio de los tumores malignos de estas estructuras. Se presentan el 60 % de ellos en la parótida y un 30 % en las glándulas salivales menores, especialmente en el paladar oseo. Son las neoplasias malignas más comunes en la parótida. Tienen una ligera predilección por el sexo femenino y su mayor frecuencia es en la quinta y sexta décadas de la vida, aunque son las neoplasias salivales más frecuentes en niños y existen muchos reportes en pacientes menores de 15 años. (1,9)

Foote y Frazell dividieron estas neoplasias en tumores mucoepidermoides de bajo grado de malignidad, pero siempre clasificándolos como malignos. Este hecho fue apoyado por Fawson, quien los reportó a todos como infiltrantes y por lo tanto como carcinomas. Sin embargo, existen autores que consideran algunos tumores como totalmente benignos por su comportamiento biológico. Este hecho parece ser puramente semántico, pues se ha demostrado que los tumores mucoepidermoides los aún mejor diferenciados son capaces de dar metástasis. (9)

Clínicamente la historia natural de estas neoplasias varía mucho. Lo que apoya que se dividan en bajo y alto grado de malignidad. Los antes descritos como intermedios histológicamente tienden a tener un comportamiento similar a los de baja malignidad. El porcentaje de recurrencias locales para los tumores bien diferenciados o de baja malignidad ha sido reportado entre un 13 y un 42 %, mientras que los de alto grado de malignidad recurren hasta en el 80 % de los casos. Así también la sobrevida varía entre un 90 % en las glándulas salivales menores y un 95 % en las mayores para los tumores de bajo grado de malignidad, contra un 50 % en las salivales mayores y un 20 % en las menores cuando se trata de alto grado de malignidad a los 5 años después del tratamiento.

No siempre es posible predecir el comportamiento biológico de estas neoplasias por su imagen histológica, aunque sin duda existe una relación entre esta última y la primera. Para evaluar el pronóstico de un tumor mucoepidermoide debe tomarse en cuenta el grado de diferenciación histológica y la presencia o no de tumor en los márgenes quirúrgicos.

El grado de diferenciación histológica estará normado por la relación entre los componentes de estos tumores, que son el epidermoide y el mucinoso. La preponderancia del segundo sobre el primero, los pondrá en la categoría de bajo grado, mientras que la inversa, o sea, con preponderancia de los epidermoides, los colocará en los de alto grado. Algunos de estos tumores presentan solo células epidermoides e intermedias y el componente mucinoso solo puede detectarse con tinciones especiales y tienen un comportamiento sumamente agresivo y algunos autores los clasifican como carcinomas epidermoides. (9)

Como su nombre lo indica estos tumores originados en el epitelio ductal están formados por células escamosas y células glandulares secretoras de mucina y células menos diferenciadas llamadas intermedias. Macroscópicamente son tumores circunscritos pero pobremente encapsulados. Usualmente son firmes y forman quistes de diferentes tamaños en los cuales se deposita la mucina. Generalmente todos comienzan como una tumoración pequeña indolora cuyo grado de crecimiento esta en relación con su grado de diferenciación.

Los de bajo grado casi nunca presentan dolor, mientras que los de alto grado lo hacen más frecuentemente, pueden dar metástasis ganglionares cervicales y afectar la función del nervio facial. Cuando estas neoplasias son pequeñas el diagnóstico clínico de bajo o alto grado no tiene cabida y solo el examen histológico nos dará un pronóstico adecuado.

2.- Tumores de células acinares.

Hasta 1953 el tumor de células acinares fue considerado como un tumor benigno y clasificado como un adenoma. En la clasificación de 1954 aparece ya el término de adenocarcinoma de células acinares y en la de 1974 es ya la denominación actual. Debido a que el comportamiento biológico de estos tumores puede ser desde benigno hasta maligno y su pronóstico en base a su imagen histológica no es posible.

El tumor de células acinares comprende el 1 % de todas las neoplasias de origen salival. Su origen es casi exclusivo del lóbulo parotideo superficial en el área de la glándula donde comprende el 2 % de las neoplasias y aproximadamente el 15% de las neoplasias malignas.

Ocasionalmente pueden ser bilaterales o coincidir con un adenoma pleomorfo. Es más común en el sexo femenino en una proporción de 2 a 1 y su mayor frecuencia es en la quinta y sexta décadas de la vida, aunque puede aparecer en todos los grupos de edad incluyendo a niños. (9,12)

Clínicamente en la mayoría de los casos son indolores, de crecimiento lento, de límites no muy precisos y que pueden fofarse en los planos vecinos, su pronóstico no es claro, pero la presencia de recurrencias locales, metastasis distantes y mortalidad asociada a ellos nos debe hacerlos ver como un cáncer, aunque no de un alto grado de malignidad.

Puede producir la muerte por extensión local, diseminación hematogena o diseminación linfática. Pacientes aun con metastasis distantes pueden sobrevivir muchos años como lo muestran las cifras de sobrevida publicadas por Eneoth.

Macroscópicamente son tumores unicos, bien definidos, con encapsulamiento solo parcial. Microscópicamente casi siempre aparece histológicamente benigno con mínimo grado de pleomorfismo. Su estroma es escaso, vascular y en el 30 % presenta tejido linfoides. Basicamente existen dos variantes histológicas: una con células con abundante citoplasma granular que semeja acinis no tumorales en el 90 % de los casos y otra con citoplasma claro que representa el 10 % de estos tumores.

Se supone que la variedad granular se origina de los acinis granulares, aunque estos al originarse de células pluripotenciales de los conductos, hacen que un origen ductal de estas neoplasias no pueda ser descartado. La variedad de células claras al parecer es originada en los conductos estriados y según algunos autores representa una neoplasia diferente.

3.- Carcinoma adenoides quístico.

Este término fue empleado por primera vez por Foote y Fratell en su publicación sobre la clasificación de neoplasias salivales. Este tumor fue llamado cilindroma en 1859 por Billroth y Deckrty y Mayo emplearon la denominación de adenocarcinoma de tipo cilindroma haciendo notar claramente sus características y diferencias de otras neoplasias salivales o cutáneas como el carcinoma basocelular.

Habitualmente son tumores de crecimiento lento, en los cuales las recurrencias locales son el común denominador habiendo sido demostradas en porcentajes que varían desde un 62 % al 92 % de los casos de vigilancia prolongada. Las estadísticas de sobrevida a 5 años no tienen un gran valor, ya que hay sobrevida de 75 % a 5 años, bajan al 40 % y 10 % de los pacientes a los 15 años según series reportadas. (16)

Comprendes estos tumores dl 4 al 8 % de todas las neoplasias de glándulas salivales menores. Entre estas últimas tienen una predilección por las glándulas del paladar aunque pueden afectar a glándulas salivales menores de las áreas nasal, faríngea, laríngea, bronquios mayores y lagrimales.

Su mayor frecuencia es al derredor de los 50 años y es muy raro antes de los 20 años de edad. No tiene una preponderancia por algún sexo y su sintoma más común es una tumoración que frecuentemente produce dolor. Los originados en el paladar, tienden a invadir tempranamente huesos y la frecuencia de metástasis en general es de 25 %. En glándula parótida envuelve al perineuro en forma característica. (12)

En general el pronóstico para la curación de esta neoplasia es pobre, pero su lento desarrollo permite largas sobrevividas aún en presencia de actividad tumoral. Entre los factores que determinan una posible curación o una larga sobrevivida, podemos mencionar que los tumores originados en las glándulas salivales menores tienen un peor pronóstico que los originados en las mayores, probablemente debido a un pobre encapsulamiento de estas glándulas y en ocasiones a un difícil acceso quirúrgico.

Una adecuada resección quirúrgica es probablemente un factor determinante en el pronóstico y el que los márgenes estén libres de neoplasia es de capital importancia considerando su tendencia a infiltrar, así como la dificultad para el cirujano para juzgar lo correcto de un margen de resección durante el acto quirúrgico. La sobrevivida se ve afectada negativamente por la presencia de un período prolongado de existencia de síntomas antes de la cirugía, por la presencia de lesiones voluminosas, por infiltración local extensa de nervios, tejidos blandos, huesos y metástasis. Las recurrencias locales llevan también implícito un pobre pronóstico aunque no son incompatibles con períodos prolongados de vida. (16)

Macroscópicamente estas neoplasias están constituidas por grupos de pequeñas células con núcleos pigmentados y uniformes, escaso citoplasma y pobre definición de los márgenes celulares. Estas células se encuentran en un estroma fibroso, poco celular y en los casos típicos la disposición celular semeja al queso suizo por los aparentes orificios acelulares que presentan.

Numerosos estudios han demostrado la tendencia de esta neoplasia a producir una invasión perineural, lo que en muchas ocasiones sería la causa de su alto índice de recurrencia local y de que en otros casos radiológicamente se vean ensanchamientos de orificios óseos en la base del cráneo por los cuales pasan nervios con una invasión perineural. Su diagnóstico diferencial histológico en los casos no típicos deber ser establecido con el carcinoma basocelular cutáneo, el adenoma sebáceo, el ameloblastoma, el tumor mucoepidermoide y el adenoma pleomórfico.

4.- Carcinoma originado en adenoma pleomórfico.

Esta neoplasia en la clasificación de 1954 llevó el nombre de tumor mixto maligno. Actualmente la mayoría de los autores reconocen que los adenomas pleomórficos pueden ser benignos o malignos. La experiencia demuestra que la mayoría de los casos reportados de adenomas pleomórficos malignos se originaron por una transformación de un solo elemento epitelial de un adenoma pleomórfico benigno previamente existente. Las metástasis así originadas estarían constituidas por un carcinoma sin elementos mixocondroides.

Ocasionalmente existen adenomas pleomórficos malignos cuyas metástasis están caracterizadas por elementos epiteliales y los mioepiteliales, es decir, que si existen elementos mixocondriales en las metástasis y para estas neoplasias se debe utilizar el término de adenoma pleomórfico maligno primario.

El carcinoma originado en un adenoma pleomórfico representa el 1 % de todas los tumores parotídeos y el 7 % de las neoplasias malignas de esta glándula en donde se presentan con mayor frecuencia llegando hasta un 75 % en ella y un 23 % en la submaxilar y el resto en las glándulas salivales menores. (17)

No existen una clara preponderancia por algun sexo. Su mayor frecuencia es entre la quinta y sexta décadas de la vida pero pueden aparecer entre la segunda y la novena décadas.

Su pronóstico no es tan bueno como el de otras neoplasias salivales y su promedio de vida a los 5 años es de 50 %. Sus metástasis son frecuentes presentandose en proporciones variables segun las series reportadas entre un 30 y 70 % con predilección para ganglios linfáticos, pulmones, hueso y sistema nervioso central. Recurrencias locales sobrepasan el 50 % de los casos según Eneroth. Su sintoma más comun es una tumoración indolora aunque la presencia de dolor es frecuente. Entre los signos de malignización de un tumor benigno se encuentran rápido aumento de tamaño, ulceración, fijación a planos, aparición de patrones vasculares sobre la piel que cubre el tumor.(9)

Macroscopicamente son similares a los adenomas pleomórficos benignos. Microscopicamente es necesario demostrar los componentes epiteliales, mioepiteliales y sus derivados mixocondroides y un carcinoma infiltrante, destructivo, con caracteres histológicos de malignidad. Pueden presentar variantes de adenocarcinoma, carcinoma escamoso o carcinoma diferenciado.

Este diagnóstico debe ser establecido cuidadosamente por el patólogo después de una interpretación que tome en cuenta más de una característica de malignidad histológica en ausencia de metástasis. Su gistrogenesis se relaciona con la transformación carcinomatosa de un tumor benigno de esta estirpe. Su diagnóstico diferencial será obviamente con la variedad benigna y con el carcinoma adenoideo - quístico.

5.- Carcinoma primario.

Estos tumores comprenden neoplasias de alto grado de recurrencias locales y metástasis en un curso rápido y progresivo. En estos se incluyen neoplasias con características histológicas diferentes que afectan por igual a hombres y mujeres, cuya mayor frecuencia es entre la sexta y séptima década de la vida(9). En estadios tempranos se manifiestan sin embargo como tumoraciones asintomáticas, que posteriormente pueden presentar dolor, parestias o parálisis facial, fijación a planos, necrosis, ulceraciones o aparición de metástasis cervicales. Son tumoraciones de consistencia dura que tienden a infiltrar aunque macroscopicamente pueden parecer circunscritos. En este grupo tenemos a las siguientes neoplasias.

5.1.- Adenocarcinoma: puede tener un patrón tubular o papilar y no poseer producción de mucina. Invasiones linfáticas a vasos sanguíneos son frecuentes. a variedad trabecular es particularmente maligna y su sobrevida a los 5 años alcanza solo un 20 %. Muchos adenocarcinomas se diferencian de tumores mucoepidermoides solamente en su falta de componente epidermoide .

5.2.- Carcinomas epidermoides. Los puros existen en las glándulas salivales, principalmente en las mayores, y su estructura histológica es similar a los carcinomas epidermoides de cualquier otra parte del organismo. Se supone que pueden originarse de cualquier epitelio metaplásico de los conductos salivales. Aproximadamente dos tercios aparecen en la prótida y el resto en la submaxilar. Son más comunes en el sexo masculino y en la sexta o séptima décadas de la vida. Su sobrevida apenas alcanza un 25 % a los 5 años(9). Debe diferenciarse de tumores mucoepidermoides con predominancia del componente epidermoide y para lo cual se utilizan tinciones especiales para mucina y de tumores metastásicos a la glándula salival, de primarios de estirpe epidermoide, como tumores cutáneos.

5.3.- Carcinomas indiferenciados. Son aquellos que no tienen una diferenciación suficiente que permita catalogarlos como una variedad determinada. Son altamente infiltrantes y dan metástasis rápidamente a ganglios regionales. Su sobrevida es de 20 % a 5 años y la presencia de metástasis distales ocurre en más del 50 % de los casos. Una variedad de estos tumores ha sido descrita en las glándulas menores de tipo avieniforme.

5.4.- Tumores originados de tejido conectivo. Los hemangiomas están en este grupo y por ser el tumor más frecuente en la infancia en la región parotídea, su discusión se hará más adelante. Pueden existir también linfangiomas, lipomas y Schwannomas. (18)

6.- Carcinomas metastásicos.

Por poseer ganglios linfáticos intraparotídeos y periglandulares, tanto la prótita como la submaxilar, pueden ser asiento de carcinomas metastásicos, en especial en la parótida, de neoplasias de cuero cabelludo y de la oreja y la segunda de neoplasias de la cavidad oral. Los tumores metastásicos más frecuentes, son el carcinoma epidermoide y el melanoma. (19)

NEOPLASIAS SALIVALES EN LA INFANCIA.

En general las neoplasias salivales en la infancia pueden ser benignas o malignas. Son poco frecuentes, pues si consideramos todos los aumentos de volumen de la glándula parótida veremos que la neoplasia más frecuente, el hemangioma comprende menos del 10 %. (1)

1.- Hemangiomas. Son más frecuentes en el sexo femenino, en la raza blanca y generalmente se hacen aparentes en el primer año de vida, presentando un crecimiento progresivo, el cual se hace más aparente cuando el niño llora (20). Sus límites no son siempre bien delimitados y tienden a producir una coloración azulosa sobre la piel, resultando en el componente cavernoso del mismo, siendo de consistencia generalmente blanda y depresible y pudiendo al aumentar su volumen obstruir el conducto auditivo externo.

En muchas ocasiones se encuentran otros hemangiomas en el cuerpo, lo que hará el diagnóstico más seguro. Estos tumores, después de su aparición tienden a tener un rápido ritmo de crecimiento y posteriormente involucionan. Dos grupos se distinguen según su ritmo de crecimiento: uno en el cual el componente es principalmente cavernoso y crece lentamente y otro en el que el hay más células o aún funcionan como verdaderas fístulas arteriovenosas y tienen un ritmo de crecimiento mucho más rápido.

En todo caso, su comportamiento biológico es benigno. Su tratamiento ha evolucionado de quirúrgico agresivo en la fase de crecimiento rápido que ocasionaba una mortalidad cercana al 4 % por hemorragias o complicaciones respiratorias y un 25 % de parálisis facial total, o un alto índice de recurrencias cuando son operados antes del año de edad, a uno mucho más conservador en la actualidad.

El uso de la radioterapia en la infancia para uso de producir la esclerosis de estas neoplasias no es recomendable por sus complicaciones letales y la posibilidad de desarrollo de neoplasias inducidas por la radiación en la juventud. En la actualidad al saber que existirá un período involutivo después del primer año de edad y que en muchas ocasiones la neoplasia desaparecerá sola, se ha optado por la vigilancia cuidadosa de ellas, y la explicación detallada del problema a los padres de los pacientes que muchas veces en su ansiedad buscan una solución quirúrgica rápida.

Cuando un hemangioma por su situación en las cercanías del canal auditivo o por que cause secuestro de plaquetas y trombocitopenia acentuada, requiera de tratamiento, se ha recomendado el uso de esteroides que han inducido a la involución tumoral. En los casos ocasionales que requieran cirugía, esta deberá ser practicada hasta que la fase de crecimiento rápido haya finalizado, para así minimizar el riesgo de recurrencia, hemorragia, parálisis del facial y en estos casos el cirujano deberá optar por especímenes múltiples, para así facilitar la disección del facial, basado en la naturaleza benigna de estas lesiones.

2.- Tumores sólidos.

Estos tumores representan a las neoplasias salivales en sí, son poco frecuentes en la infancia. Entre los benignos, el más común es el adenoma pleomórfico, aunque su incidencia es sumamente baja, pues en series grandes solamente representa aproximadamente el 1 % del total de neoplasias. Su mayor frecuencia es al derredor de los 10 años de edad, su tratamiento es básicamente el de una biopsia excisional, o sea, una parotidectomía superficial o total según sea el lóbulo afectado, con identificación y preservación del nervio facial.

Entre los tumores malignos que comprenden cerca del 35 % de todas las neoplasias salivales en la infancia, el más frecuentemente encontrado es el tumor mucoepidermoide, seguido del tumor de células acinares. En general los tumores mucoepidermoides tienden a seguir un curso de baja agresividad biológica cuando se presentan en la infancia. El tumor mesenquimatoso más frecuente en esta área es el rhabdomioma en este grupo de edad. (1,9).

PADECIMIENTOS ASOCIADOS.

En 1968 Berg reportó un seguimiento de 396 pacientes con carcinoma de una glándula salival mayor y encontró que la frecuencia subsecuente de cancer de mama fué de 8 veces más que en le resto de la población. Esto se sustentó más tarde en una serie publicada por Skolink en 1977 quien reportó un 1.7 % de frecuencia de cáncer de mama. (2)

También se encontró que la frecuencia de tumores de glándulas salivales se incrementó más de 5 veces en los sobrevivientes de la bomba atómica de Japón.

VIAS DE DISEMINACION.

Tumores benignos.

Los tumores benignos de la glándula parótida crecen por medio de expansión o infiltración local. La mayoría de los tumores se inician en el lóbulo superficial. Por motivo de lento crecimiento de estos tumores, ellos raramente ocasionan parálisis del VII par craneal, aunque el nervio puede elongarse en tumores voluminosos. Cuando se realizan excisiones incompletas, múltiples nódulos tumorales pueden desarrollarse en el lecho de la tumoración. (12)

La invasión a la piel puede ocurrir como lesión recurrente; la invasión al hueso no ocurre, pero una masa tumoral puede causar defectos por presión en el hueso adyacente.

Tumores malignos.

Las neoplasias malignas infiltran las glándulas parótidas, invaden al nervio facial y al aurículo - temporal y se diseminan a lo largo de las vainas nerviosas. El tumor puede invadir la piel adyacente, músculo y hueso, dependiendo del sitio de origen. Las lesiones del lóbulo profundo invaden el espacio perifaríngeo, la fosa infratemporal y la base del cráneo y ocasionan compromiso adicional de los nervios craneales.

Diseminación linfática.

Metástasis a ganglios linfáticos pueden ocurrir de lesiones malignas, aproximadamente del 20 a 25 % de los pacientes con tumores malignos tendrán metástasis positivas clínicamente o metástasis ocultas en el momento del diagnóstico (9). El tumor mucoepidermoide de bajo grado de malignidad y el adenocarcinoma de células acinares tienen una baja proporción de metástasis a ganglios linfáticos. Existe una pequeña diferencia en el porcentaje de metástasis a ganglios linfáticos entre los diferentes tipos de tumores con alto grado de malignidad. El riesgo de presentar metástasis a ganglios linfáticos se incrementa en presencia de enfermedad recurrente y el aumento en el tamaño de la lesión primaria.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

La gran mayoría de los pacientes con un tumor parotídeo benigno o maligno se presenta a consulta con una masa indolora fácilmente palpable o visible. El dolor leve intermitente es asociado con algunos tumores, pero esto no ayuda a distinguir entre un proceso benigno y uno maligno. La parálisis facial es una queja manifestada en forma infrecuente y debe tomarse en cuenta ya que indica malignidad, ya que tumores benignos no tratados no se han reportado como causa de parálisis del nervio facial. Tumores localizados en el lóbulo profundo se pueden manifestar porque pueden producir disfagia. (4,9) La movilidad de las masas depende del tamaño y su localización. fijación o movilidad reducida puede ocurrir en procesos benignos como malignos y no es posible hacer diferencia mediante esta característica. Los tumores presentes en el lóbulo profundo pueden causar una prominencia en el paladar y área amigdalina.

Lesiones malignas avanzadas pueden afectar los pares craneales VII, y más raramente al IX y XII y la cadena simpática si el espacio parafaríngeo es invadido. La rama mandibular del V par se puede ver envuelta cuando hay trayectos tumorales a lo largo del nervio aurículo - temporal desde la base del cráneo; el dolor es un síntoma asociado.

METODOS DIAGNOSTICOS.

- HISTORIA CLINICA.

Los datos obtenidos por un cuidadoso interrogatorio en cuanto al tiempo de evolución, presencia o ausencia de dolor, variaciones en el tamaño y sus causas desencadenantes, ritmo de crecimiento de una masa, cambios en la cantidad y calidad de la saliva, fiebre, síntomas generales, antecedentes de padecimientos sistémicos, parálisis facial y su evolución, infecciones previas salivales, parotiditis viral o trauma sobre las glándulas salivales, deberán ser anotados. (9)

Aunque el promedio de duración de los síntomas es considerablemente largo para pacientes con tumoraciones benignas, algunos de los pacientes con procesos malignos tienen historia de masas de larga evolución. En un estudio realizado por Skolnik y colaboradores encontraron que pacientes con enfermedad benigna se presentaban a consulta por primera vez en un promedio de 24 meses posteriores al reconocimiento de la masa. Mas del 60 % de sus pacientes con tumoraciones malignas se presentaron a consulta tres meses después del reconocimiento de la masa. El promedio de duración de los síntomas en los casos de tumores malignos fué de 8.5 meses. Aproximadamente el 10 % tuvieron historia de una masa presente por más de 10 años. En todos los casos, los pacientes refirieron cambios recientes en el patrón de crecimiento de la masa tumoral al momento de acudir a consulta. (2)

- EXAMEN FISICO.

El examen físico deberá incluir la palpación cuidadosa bilateral de todas las glándulas salivales mayores, incluyendo el examen del piso de la boca y de los conductos excretorios y la cantidad y calidad de saliva que emerge de ellos después de un ordeñamiento de la glándula. Deberá anotarse la consistencia de la tumoración, su exacta localización, su tamaño, si esta fija o no a planos superficiales o profundos, si existen cambios cutáneos en la piel que la cubre, si existe adenopatía cervical y sus características, si el aumento del volumen es uni o bilateral, si estan afectadas las distintas glándulas o no, si existen síntomas inflamatorios en su vecindad, la presencia o ausencia de dolor a la palpación, si la función del nervio facial esta intacta o si existen paresias o parálisis segmentarias o totales, la función de los 4 últimos pares craneales, si no existen asimetrías de las paredes de la faringe debidas a compresiones externas que desplacen las regiones amigdalinas medialmente y si existen trismus.

Además, según el caso, el examen físico deberá ser practicado para buscar adenopatías distantes en el caso de sospecha de linfomas o de cambios de enfermedades autoinmunes cuando estas sean de etiología sospechada, como sería el estado de las glándulas lacrimales, de la conjuntiva, y de la mucosa faríngea. (9)

- EXAMENES RADIOLOGICOS Y DE IMAGEN.

Los exámenes radiológicos han progresado hasta el punto en que llegan a ser un instrumento esencial dentro del diagnóstico diferencial de padecimientos tumorales parotídeos y para determinar la magnitud de la enfermedad en caso de neoplasia. La resonancia magnética es compatible con la tomografía computada con medio de contraste para examinar la glándula parotídea; Tomografía computarizada con sialografía, no es muy utilizada, la sialografía esta reservada para procesos inflamatorios no agudos. (9,12,21)

Aunque algunos autores indican que no es necesario realizar tomografía computarizada o resonancia magnética en todas las masas parotídeas (especialmente en aquellas que sean discretas, móviles, asintomáticas, de lento crecimiento o en masas superficiales), observando los numerosos diagnósticos y procedimientos quirúrgicos erróneos se ha considerado que la tomografía computada con medio de contraste o la resonancia magnética como una rutina básica previa a la toma de biopsia o a cualquier procedimiento quirúrgico (22,23,24). La Tomografía computarizada y la resonancia magnética distinguirán entre una masa parotídea intrínseca o extrínseca y demostrará la relación de la masa con el nervio facial. Las características de una masa demostrada en una tomografía o en una resonancia magnética podrán frecuentemente predecir la malignidad contra una tumoración benigna (9,12,22, 23,24).

Estos dos estudios podrán asistir al cirujano con un probable diagnóstico, el correcto abordaje del nervio facial, la probable necesidad de seccionar parte o todo el nervio, el grado de invasión, si existe en el lóbulo profundo, y la extensión afuera de la parótida hacia el espacio parafaríngeo y la base del cráneo. Estos estudios, per se a la cirugía ayudan grandemente en la planeación de la radioterapia, en caso de que sea requerida posteriormente. (12)

Las placas oblicuas de los maxilares inferiores o placas oclusales, demostrarán cálculos opacos submaxilares. En casos de neoplasias malinas podrán observarse si existen destrucciones óseas. Estos estudios tienen su mayor valor en neoplasias de glándulas salivales menores en el paladar óseo.

Descrita la sialografía desde 1913 por Arcelin, este estudio en el cual un material de contraste yodado soluble en agua o con base oleosa, es introducido con cierta presión en el conducto salival, para así delinear su sistema de conductos excretores y las alteraciones que en ellos existan. Su indicación principal está en la sialadenitis crónica o de repetición, sialolitiasis y enfermedades autoinmunes (21). No está indicada en estados inflamatorios agudos en pacientes con alergia a los compuestos yodados. En neoplasias tienen limitaciones, sobre todo en tumores pequeños.

La ultrasonografía se utiliza en la localización de abscesos parotídeos. Puede usarse para guiar punciones o aspiraciones citológicas. Las neoplasias aparecen como una masa sólida excepto el tumor de Whartin que es parcialmente quístico. Como método de imagen es sencillo, barato, no invasivo, pero da una información inferior a la tomografía y a la resonancia. La gamagrafía salival con tecnecio 99 en la actualidad en presencia de otros métodos de imagen es prácticamente nula. (9)

- BIOPSIAS.

La biopsia y el tratamiento quirúrgico definitivo es frecuentemente el mismo para masas parotídeas. Las lesiones situadas en el lóbulo superficial son biopsiadas adecuadamente realizando una parotidectomía superficial. Para aquellas lesiones que involucran ambos lóbulos o solamente el profundo son biopsiadas mediante una protidectomía total. Estos procedimientos por su abordaje evitan contaminación en el lecho tumoral. Las biopsias incisionales o excisionales incrementan el riesgo de una recurrencia tumoral. El nervio facial y su posible afección demanda e incrementa la necesidad de realizar un procedimiento definitivo. (25)

La decisión en el tratamiento de una neoplasia parotidea depende de un correcto diagnóstico. Una adecuada muestra para biopsia y una comunicación estrecha entre el patólogo y el cirujano para poder establecer la histología del tumor. Frecuentemente los cortes por congelación son inconcluyentes y en este caso el cirujano deberá esperar hasta la sesión de revisión; en situaciones cuestionables se deberá consultar a más de un patólogo.(7)

Existen muchos autores que promueven la biopsia por aspiración con aguja fina para ser realizada como método diagnóstico; es esencial contar con un patólogo familiarizado con este método. Las biopsias con aguja fina, cuando son técnicamente correctas, no alteran la decisión en el tratamiento. Existe un porcentaje significativo de error en diagnósticos realizados por medio de cortes por congelación, lo que hace que la decisión quirúrgica se valore cuidadosamente junto con los hallazgos clínicos y radiológicos. Las biopsias por aspiración con aguja fina pueden ser utilizadas en lesiones inoperables o recurrentes, cuando la radioterapia se planea como tratamiento inicial. En casos especiales en que existen pacientes debilitados, en aquellos con metástasis a distancia o en pacientes quienes tienen neoplasias diseminadas en forma obvia y en quienes no son candidatos para una cirugía definitiva, pueden ser biopsiados por este método. En los casos en que el tratamiento definitivo no se verá alterado al realizar una biopsia por aspiración con aguja fina, el método será innecesario.(2,7)

- EXAMENES DE LABORATORIO.

El cultivo de secreciones externas o de la saliva y el estudio químico de la saliva no han dado resultados en cuanto al diagnóstico de neoplasias salivales, pues al parecer células tumorales no son vertidas a los conductos excretores. (9)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Es frecuentemente fácil el distinguir lesiones no neoplásicas por medio de historia clínica, examen físico y exámenes de gabinete sencillos. La diferenciación entre neoplasias benignas o malignas es más difícil a menos que exista una obvia parálisis facial, dolor, o ganglios cervicales con metastasis clinicamente detectables.

Existe un estudio realizado por Gallia y Johnson en el que realizaron 140 parotidectomías diagnosticas. Solo el 11 % tenia un proceso maligno; el resto tenían tumoraciones benignas en un 62 % y no se encontró ninguna situación neoplásica en el 27 %.

Condiciones que pueden ser confundidas con tumoraciones de la glándula parótida: (12)

- Cancer metastasico, linfoma, leucemia con ganglios linfaticos que envuelvan el area parotidea.
- Reemplazo graso de la cola de la prótida
- Parotiditis crónica
- Sarcoidosis de Roeck's
- Lito en el conducto excretor
- Quistes (hendidura branquial, dermoide)
- Hipertrofia asociada con Diabetes
- Neoplasias de la mandíbula
- Apófisis prominente de C1 (atlas)
- Cuerpos extraños dentro de la glándula
- Hemangiomas
- Linfangiomas
- Lipomas

ESTADIFICACION.

La estadificación actual de los tumores de glándulas salivales y de las parótidas, submaxilares y sublinguales, es como sigue: (4)

Tumor primario (T), ganglios regionales (N), y metastasis (M).

sistema adoptado por THE AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER en 1963. Actualmente no existe un sistema de estadificación para condiciones malignas menores de las glándulas salivales aceptada por este comité.

TUMOR PRIMARIO. (T)

Tx..... Requerimientos mínimos para valorar el primario que no puede ser conocido
T0..... Sin evidencia de tumor primario
T1..... Tumor de 2 cm. o menos en su diámetro mayor
T2..... Tumor de 2 a 4 cm. en su diámetro mayor
T3..... Tumor de 4 a 6 cm. en su diámetro mayor
T4a..... Tumor mayor de 6 cm. en diámetro mayor
T4b..... Tumor de cualquier tamaño con extensión local significativa (comprometiéndolo la piel, tejidos blandos, huesos, nervios lingual o facial).

GANGLIOS. (N)

Nx..... Requerimientos mínimos para valorar ganglios regionales que no puedan ser conocidos
N0..... Sin evidencia de compromiso ganglionar regional
N1..... Evidencia de ganglios linfáticos regionales comprometidos

METÁSTASIS A DISTANCIA. (M)

Mx..... Requerimientos mínimos para valorar metástasis distantes que no pueden ser conocidas
M0..... Metástasis a distancia desconocidas
M1..... Metástasis a distancia presentes.

GRUPOS DE ESTADIFICACION.

ESTADIO	I.-	T1, N0, M0 T2, N0, M0
ESTADIO	II.-	T3, N0, M0
ESTADIO	III.-	T1, T2 ; N1, M0 T4a, T4b ; N0, M0
ESTADIO	IV.-	T3, N1, M0 Cualquier T, cualquier N, M1

TRATAMIENTO.

- Selección de modalidades de tratamiento.

El manejo inicial de las masas resecables del lóbulo superficial de la parótida es exploración y lobectomía superficial para establecer diagnóstico y dar el tratamiento. El tumor usualmente puede ser diseccionado sin involucrar al nervio facial. Si el tumor envuelve a la porción profunda de la glándula, el nervio es retraído gentilmente y la porción profunda es resecada (parotidectomía total). Si el tumor envuelve al nervio facial en una o más ramas, puede ser sacrificado (parotidectomía radical). La piel, el músculo y el hueso pudieran resecarse si fuere necesario. (26)

Las neoplasias de bajo grado de malignidad son manejadas quirúrgicamente como único tratamiento. La radioterapia es dada tempranamente en las lesiones de alto grado de malignidad y en aquellas lesiones que son recurrentes o con márgenes positivos o cercanos al nervio facial. Derramamiento del tumor en el momento de la operación es una indicación controvertida para dar radioterapia. Solo se administrará radioterapia postoperatoria en casos muy seleccionados de adenomas pleomórficos benignos cuando queda tumor residual después de una cirugía. Los tumores considerados como inoperables son tratados con radiación con reportes ocasionales de tratamiento exitoso. (25,27)

La quimioterapia ha sido reservada para pacientes con enfermedad incurable o para estudios clínicos de investigación planeada. (12)

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Parotidectomía superficial.

La parótida es una glándula unilobular pero es dividida artificialmente en una porción superficial y en otra profunda por el nervio facial. Una masa superficial en la parótida es mejor abordarla por medio de una parotidectomía superficial y hacer diagnóstico por medio de congelación ya que otorga el mejor método y frecuentemente el tratamiento definitivo. No se sacrifica el nervio a menos que se encuentre invadido por el tumor. (28)

La incisión es hecha en el pliegue preauricular y curvando el lóbulo de la orja hacia atrás y abajo hacia el cuello. El nervio facial deberá ser identificado en todas las cirugías para preservarlo si es posible. Esto se lleva a cabo cuando la disección se realiza a nivel entre la masa y el nervio. Un margen de por lo menos 1 cm. al alrededor de la masa es necesario si se sospecha de una lesión benigna, se dejará por lo menos 3 cm. si se sospecha de una lesión maligna. El tratamiento es determinado por los cortes por congelación. (27)

Parotidectomía total.

Esta recomendada en los casos en que existe tumor en el lóbulo profundo de la parótida o para tumores que se inician en el lóbulo superficial y se extienden al lóbulo profundo. Una parotidectomía superficial generalmente se realiza, cuando el nervio en forma libre es diseccionado del lóbulo profundo subyacente, el lóbulo profundo y el tumor son removidos. Ocasionalmente la mandíbula deberá ser dividida para ganar acceso a la porción retrorrandibular del lóbulo profundo de la parótida. Una mandibulectomía parcial se requiere cuando la mandíbula esta invadida por tumor. Cuando existe dolor del nervio aurículo - temporal, éste deberá ser explorado desde su salida en la base del cráneo.

Los ganglios periparotídeos son resecaados con la lesión primaria. Si los ganglios son positivos, una resección radical de cuello se suma al manejo. Una disección radiacal de cuello electiva no se hace para lesiones de bajo grado de malignidad.

Una parotidectomía radical implica resecar la glándula parótida completa, el nervio facial y otros tejidos involucrados como piel, tejido celular, músculo y hueso. Si una rama del nervio facial o el nervio facial completo tienen que ser sacrificados, un injerto autólogo de nervio deberá realizarse inmediatamente. Se realiza radioterapia posoperatoria durante 6 semanas y existen reportes de un buen resultado funcional.

Radioterapia.

La radioterapia juega un papel importante como un adyuvante de la cirugía y es usualmente dada en el periodo posoperatorio, aunque puede darse en situaciones especiales en forma preoperatoria. Esta indicada para casi todas las lesiones de alto grado de malignidad, para las de bajo grado de malignidad con márgenes cercanos o positivos, para tumores del lóbulo profundo, para la invasión perineural, para tumores recurrentes y para metástasis ganglionares regionales múltiples. De acuerdo con Spiro y cols. la continuación tumoral al momento de la cirugía puede no ser un factor pronóstico individual para recurrencia. (29)

El volumen mínimo terapéutico para lesiones parotídeas incluyen el lecho parotídeo y los ganglios cervicales superiores. La invasión perineural indica que hay que ampliar los campos para cubrir el trayecto nervioso. El cuello ipsilateral es incluido completo para lesiones de alto grado de malignidad o con ganglios clínicamente positivos, en la pieza quirúrgica. La dosis tumoral al área primaria es de 6 000 cGy a 6 500 cGy durante 6 a 7 semanas, si es que no existe una gran enfermedad residual. Dosis más altas deberán darse cuando hay implantes intersticiales, siendo usados en enfermedades densas. No existen datos aceptables que muestran una diferencia en la dosis requerida para la variedad histológica. (12,29)

Resultados del tratamiento.

Tumores benignos: la enucleación o excisión con bordes delgados del tejido normal resultará eventualmente en una recurrencia local con un porcentaje aproximado de 20 % después de 10 a 15 años de seguimiento.

Rafia reporta solo un 2.7 % de recurrencias cuando la enucleación o excisión va seguida de radioterapia postoperatoria. La protidectomía superficial - (excisión de seleccionadas lesiones pequeñas) resultará en una recurrencia de aproximadamente 5 %. Spiro reporta un 7 % de porcentaje de recurrencias con un mínimo de seguimiento de 10 años, para 1, 342 tumores benignos de parótida tratados con cirugía. (28)

El éxito quirúrgico en porcentaje de lesiones recurrentes, depende del número de operaciones previas y del tamaño y extensión de las recurrencias. Puede ser necesario sacrificar una o más ramas del nervio facial y reparar el defecto mediante un injerto de nervio. La radiación posoperatoria es administrada en los casos selectos en los cuales existen márgenes cercanos o enfermedad residual, o en casos en que la recurrencia subsiguiente no fuera posible de manejar en forma quirúrgica o resultaría en una pérdida del nervio facial.

La muerte secundaria a tumores benignos es un evento muy raro.

Tumores malignos: los resultados terapéuticos para tumores parotídeos han sido analizados por su grado histológico, pero los resultados no han estado frecuentemente disponibles para presentarse. Los resultados quirúrgicos para las lesiones de bajo grado de malignidad son verdaderamente buenos y la radioterapia no es requerida con frecuencia. La recurrencia local para operaciones sin otro procedimiento es aproximadamente del 50 al 60 % para tumores de alto grado de malignidad. Un estudio realizado en el Hospital M.D. Anderson por McNeely y cols. reporta su experiencia con 77 pacientes con tumores malignos de parótida quienes recibieron radioterapia posoperatoria. La parotidectomía fue realizada para un tumor primario en el 70 % y para un tumor recurrente en el 30 %. Pacientes de más de dos cirugías para tumores parotídeos fueron excluidos. Hubo un seguimiento de por lo menos tres años; el seguimiento fue mayor de 5 años en el 81 % y mayor de 10 años en el 27 % de los casos. La incidencia de recurrencia local fue del 8 % y la de recurrencia en el cuello de 5 %. No hubo fracasos después de 4 años de observación. No hubo recurrencias locales o regionales en 14 pacientes con lesiones con bajo grado de malignidad; las recurrencias locales para tumores de alto grado de malignidad fue del 10 %. El análisis de recurrencia local de acuerdo con lo extenso del nervio facial sacrificado mostró una recurrencia local en 35 casos en que el nervio fue preservado, una recurrencia local en 21 casos en que la resección fue parcial, y 3 recidivas locales en 21 casos después de haber sacrificado todo el nervio facial. Metástasis a distancia se desarrollaron en 23 % de los pacientes.

Theriault y Fitzpatrick revisaron 271 pacientes con cáncer de parótida vistos en el Princess Margaret Hospital entre 1958 y 1980 (12). El seguimiento mínimo fue de 5 años con un promedio de 10 años. Treinta y cinco pacientes se sometieron solamente a radioterapia, 67 solo a cirugía y 169 terapia combinada con cirugía y radioterapia posoperatoria con 4 000 a 5 000 cGy fraccionada en 20 sesiones.

Control local y regional a 10 años fue obtenido en el 12 % con radioterapia, 22 % con cirugía y 77 % con la terapia combinada. Factores pronósticos significativos fueron el estadio tumoral, la existencia de metástasis regionales, la edad (mejor en jóvenes que en viejos), histología del tumor y la involucreción o no del nervio facial.

Resultados con quimioterapia: El desarrollo de quimioterapia efectiva para pacientes con carcinoma de glándulas salivales ha sido limitado por lo heterogéneo de la enfermedad, la eficacia de la cirugía y radioterapia combinadas y lo raro de los pacientes con recurrencia o enfermedad metastásica. La regresión significativa del tumor ha sido reportada con Chlorambucil como monoterapia, hidroxiaurea, hexametilmelamina, daunorubicin, 5 - fluoracilo, doxorubicin y cisplatino. Las últimas tres aparentemente son los agentes más activos en forma individual, con porcentajes de respuesta parcial entre el 30 y 70 % en pacientes con metástasis local o regional avanzada. Las respuestas con monoterapia no obstante, son raramente completas y duraderas. (12)

La experiencia con quimioterapia combinada es limitada. La quimioterapia con múltiples agentes ha incluido los citotóxicos anteriormente mencionados, también otros como el mitomicin - C, ciclofosfamida, metrotexate, bleomicina y Vincristina. Esquemas que contienen doxorubicina han sido evaluados en numerosos estudios pequeños. Una combinación de ciclofosfamida y doxorubicina lleva a 5 parciales pero incompletas respuestas en 13 pacientes con tumores

de glándulas alivales recurrentes o metastásicos.

Cisplatino, doxorubicina y 5 - fluoracilo en 2 completos y 4 parciales respuestas en 17 pacientes con enfermedad avanzada. La combinación de ciclofosfamida, doxorubicina y cisplatino es el esquema estudiado más ampliamente. Dreyfus y cols. resumieron la experiencia publicada con estos tres agentes y encontraron un 28 % de respuestas completas y 36 % de respuestas parciales, con un promedio de duración de respuesta de 5 a 11 meses en 36 pacientes con enfermedad avanzada.

La aparente actividad de combinaciones terapéuticas que contienen cisplatino o doxorubicina en pacientes con enfermedad recurrente o metastásica a distancia y que sugieren un papel para la quimioterapia como inductor adyudante del tratamiento en pacientes con lesiones potencialmente curales y que tienen un alto riesgo de recurrir como tumores de alto grado de malignidad o con extensión a la base del cráneo. Hasta el momento, el uso de terapia combinada ha sido anecdótica y su verdadero valor está en espera de ser definido por ensayos cooperativos multiinstitucionales.

Secuelas postoperatorias de la parotidectomía: Básicamente son tres: El defecto cosmético que implica la resección del tejido peritumoral y del tumor en sí que se traduce en una depresión preauricular e infraauricular y que en solo en casos extremos requerirá de procedimientos reconstructivos como los injertos libres de dermis. Otro defecto es la parálisis o defecto facial, consecuencia de la proximidad del VII par craneal y de su disección para obtener biopsias excisionales. Estas parésias postoperatorias son más notables en la rama mandibular por ser la que menos anastomosis internerviosas posee con las ramas vecinas y en casos de parotidectomías totales en las cuales se extirpa el lóbulo profundo es necesario traccionar el nervio. Cuando existe conciencia de la plena identificación del nervio y su continuidad anatómica, el único tratamiento es la espera, la cual en estas condiciones siempre producirá mejores resultados que cualquier forma de exploración, anastomosis u otros métodos reconstructivos.

Cuando existe la necesidad de resecar el facial, la reconstrucción deberá hacerse inmediatamente en base a un injerto nervioso, el cual produce en general excelentes resultados. (30)

Por último quedará el Síndrome de Frey, o la sudoración gustatoria profunda en el área preauricular en el momento de las comidas, y que en ocasiones llega a producir grandes problemas de tipo social, por lo que los pacientes buscan ayuda para solucionarlo. Este fenómeno es debido a la reinervación anómala de las glándulas sudoríparas de la piel elevada en el colgajo parotideo por las fibras parasimpáticas seccionadas y que inervan normalmente el tejido salival resecaado, se presenta en forma muy común y para su solución basta solo reintervenir al paciente, en los casos extremos se han utilizado pomadas con escopolamida, secciones transtimpánicas del nervio de Jacobson y aún la interposición de colgajos musculares entre el plano profundo de la resección y la piel elevada. (9.14.15.19)

NEOPLASIAS DE GLANDULA PAROTIDA

REVISION DE 20 CASOS.

OBJETIVOS.

- 1.- Hacer una revision de las diferentes patologias ,que para que sean tratadas en forma adecuada, es necesario tener un conocimiento profundo de la estirpe histológica y comportamiento biológico del tumor dada su gran variedad y rara frecuencia en nuestro medio.
- 2.- Hacer mención de las diferentes variantes en el tratamiento dependientes directamente del tipo de tumor en cuestión.
- 3.- Analizar la utilidad y las indicaciones precisas de la terapia adyuvante.
- 4.- Analizar la experiencia del Hospital ABC en relación con los tumores de glandula parótida.
- 5.- Con fundamento en los objetivos anteriores, proporcionar un conocimiento integral y actual de esta patología, que redunde en un manejo adecuado, ofreciendo una mejor sobrevida con un mínimo de secuelas.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron todos los expedientes clínicos de los pacientes a quienes se les había realizado algún tipo de intervención quirúrgica en la glándula parótida en el Hospital ABC en un periodo comprendido entre 1985 y 1989.

La evolución y estado actual de los pacientes se investigó por medio de la revisión de los expedientes clínicos en los consultorios particulares de los diferentes médicos tratantes involucrados en este tipo de cirugías y en algunos casos por vía telefónica en forma directa por el autor.

Las variantes analizadas fueron las siguientes:

- a) Edad
- b) Sexo
- c) Tiempo de evolución
- d) Cuadro clínico
- e) Características físicas del tumor
- f) Estudios de gabinete empleados
- g) Afección tanto pre como postoperatoria del VII par craneal.
- h) Estirpe histológica del tumor
- i) Tipo de intervención quirúrgica practicada
- j) Complicaciones postoperatorias
- k) Resultado a largo plazo.

Englobando nuestra población en un total de 20 pacientes, de los cuales 21 presentaron tumoración, de estos 3 malignos, dos de los malignos correspondieron al sexo femenino y fueron izquierdos y uno en el sexo masculino y fue derecho.

RESULTADOS.

De los 20 pacientes 12 correspondieron al sexo femenino y 8 al masculino. (Fig. 1)

El paciente más joven tenía 10 años y el más viejo 81 años.

Dos de los casos tenían antecedentes de importancia, uno de ellos con tumor bilateral correspondiendo a un tipo de Warthin bilateral y le fue practicada una parotidectomía superficial bilateral con 5 meses de diferencia; el otro, tenía el antecedente de haber sido intervenido unos meses antes por toma de biopsia incisional y complicado con fistula salival, posteriormente se le realizó parotidectomía superficial reportándose la pieza como un adenoma pleomórfico.

De los 20 pacientes 9 presentaron tumoración en el lado derecho, 10 en el lado izquierdo y uno solo presentó tumoración bilateral. (Fig. 2)

Desde el punto de vista clínico los 20 casos presentaban un aumento de volumen en la región parotídea, en 12 de los casos el tumor estaba fijo a los planos profundos y superficiales y en los restantes se encontró un desplazamiento tanto en los planos superficiales como en los profundos. Once de los tumores tenían una consistencia pétreo y el resto blanda o semisólida.

Dos casos se acompañaron de dolor moderado en la masa tumoral, uno de ellas era maligna; el resto se encontraba asintomático.

En ninguno de los pacientes se encontró afección a ganglios linfáticos y tampoco se encontró afección del nervio facial.

Dos de los casos presentaron una evolución menor a 15 días, 7 de ellos menores de un año y 9 la tuvieron de 1 a 5 años, un caso de menos de 10 años, y se encontró a un paciente con evolución mayor a los 16 años, en un solo caso se desconoció el tiempo de evolución.

Los estudios de gabinete no se utilizaron en forma sistemática en todos los pacientes, en un paciente se realizó sialografía parotídea, en un caso xerografía de la glándula parótida y en uno más se realizó Tomografía axial computarizada.

Los 21 tumores fueron intervenidos quirúrgicamente, el estudio histopatológico nos demostró en los casos benignos 10 adenomas pleomórficos, 4 de Warthin, uno mostró lesión linfocelular (Mikulicz), en uno linfadenopatía hiperplásica intralobular, en dos más sialadenitis crónica. (Fig. 3)

De los malignos uno correspondió a un carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad, uno a un linfoma de células grandes hendidas y uno a un carcinoma escamoso queratinizante metastásico (Fig. 4), por falta de seguimiento se desconoce el sitio del primario en el último caso.

Los procedimientos quirúrgicos fueron (Fig. 5): 17 casos parotidectomía superficial, en un caso correspondió a un carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad. En un caso se realizó enucleación del tumor, en un caso parotidectomía total sacrificándose en forma intencionada la rama mandibular del nervio facial por encontrarse comprometida por el tumor, éste correspondió a linfoma de células grandes hendidas. En dos casos se realizó biopsia incisional, reportándose un caso de adenoma pleomórfico y en el otro

UNIVERSO DE ESTUDIO

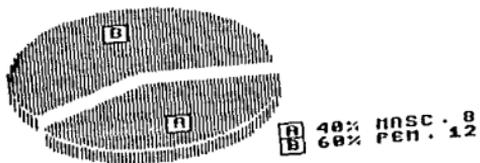


Fig. No. 1

LOCALIZACION TUMORAL

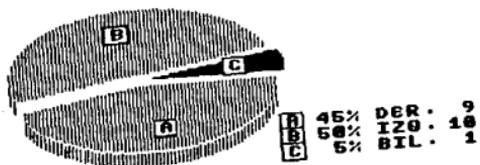


Fig. No. 2

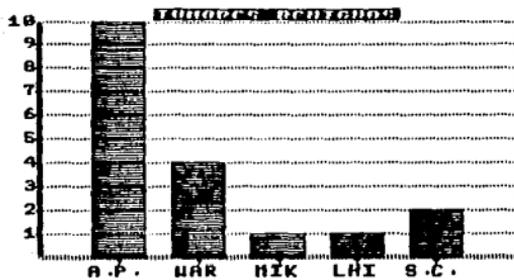


Fig. No. 3

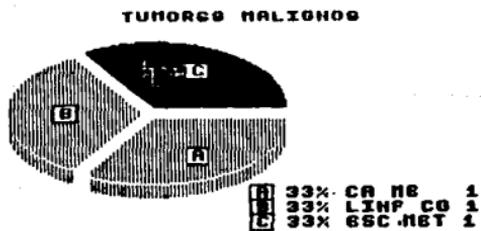


Fig. No. 4

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

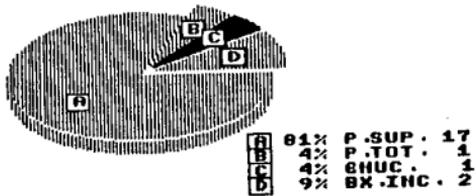


Fig. No. 5

carcinoma escamosos metastásico, este último caso lo realizó un ginecólogo, 19 cirugías fueron hechas por cirujanos generales y la enucleación por un cirujano plástico.

En solo dos casos se reportaron parestias, una de ellas se presentó en forma posoperatoria con 4 meses de evolución y que se manejó mediante fisioterapia a base de electroestimulación y el otro presentó parestia posoperatoria que remitió en forma espontánea a los 15 días.

Se presentó una fístula salival que cerró en forma espontánea a los 30 días postoperatorios, en dos de los casos se reportó Síndrome de Frey, en ninguno de los casos significativo para el paciente. Uno presentó parálisis definitiva en el área de la comisura bucal, correspondiendo este caso al que tuvo que sacrificarse el nervio por encontrarse involucrado en la masa tumoral. Un caso presentó hematoma que se resolvió en forma satisfactoria en la cama del paciente.

En ningún caso se presentó mortalidad operatoria. A un solo paciente se le dió tratamiento coadyuvante con radioterapia respondiendo en forma adecuada, se trató del linfoma.

Por lo que respecta a los resultados a largo plazo, ningún tumor recurrió incluyéndose al paciente con carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad. Todos los casos en que se tiene seguimiento (19) viven incluyéndose los dos malignos.

CONCLUSIONES.

La enfermedad inflamatoria de la glándula parótida o la patología de las estructuras adyacentes deberá de ser diferenciada de una neoplasia mediante la ayuda de una cuidadosa historia clínica, un buen examen físico, estudios de gabinete adecuados (31,32).

En la mayoría de los casos el diagnóstico de una neoplasia podrá ser aparente cuando se examina a simple vista. El cirujano, es el que la mayoría de las veces se queda en el dilema de tener que valorar la patología exacta del tumor con el fin de planear un tratamiento adecuado y definitivo para cada paciente.

Todos los tumores de la glándula parótida deberán abordarse con los principios de cirugía oncológica. El procedimiento mínimo es la parotidectomía superficial o profunda con la preservación del nervio facial. En tumores benignos o malignos de bajo grado de malignidad, el procedimiento diagnóstico será también el definitivo. Los tumores malignos deberán de estudiarse en forma conjunta por el cirujano y el patólogo para poder determinar el comportamiento biológico de tumor en relación con el perineuro, ganglios linfáticos y el tejido adyacente, los límites de resección deberán estar libres de lesión.

Evidencias estadísticas muestran el alto índice de metástasis regionales en tumores de células escamosas, tumores con células indiferenciadas y carcinoma mucopidermoide de alto grado de malignidad, en esos casos, se recomienda una resección amplia del tumor primario junto con una disección radical de cuello (2).

La disección radical de cuello no será necesaria para el control de la mayoría de los casos con adenocarcinoma, tumores mixtos malignos o carcinoma mucopidermoide de bajo grado de malignidad. Sin embargo, la localización de las lesiones en la parótida, especialmente cuando esta confinada a la mitad profunda de la glándula y extendida a cuello podrá uno verse en la necesidad de realizarla. En pacientes con adenocarcinoma o carcinoma indiferenciado muestran una frecuencia significativa de metástasis a distancia, pero deberán ser demostradas antes de realizar la disección del cuello.

Las recurrencias locales son la causa de muerte más frecuente en los casos de carcinoma indiferenciado, carcinoma de células escamosas y tumores mucopidermoides de alto grado de malignidad, por esto se recomienda una resección completa y amplia del tumor además de la terapia adyuvante de radioterapia.

Debido a lo impredecible y naturaleza incidiosa del carcinoma cistoideo, no se recomienda la protidectomía para las lesiones pequeñas en forma inicial, reservándose esto para el curso tardío de la enfermedad. En pacientes con lesiones pequeñas y menos infiltrantes no es necesario la incisión completa del nervio facial (30)

Cuando un paciente con tumor de parótida presenta debilidad facial la situación es ciertamente desfavorable pero no determinante. La cirugía con resección radical en combinación con un ciclo completo de radioterapia

postoperatoria nos proporciona un 30 % de sobrevida.

Debido a lo agresivo del comportamiento, la necesidad de cirugía radical en bloque y radioterapia y el pobre pronóstico inmediato del injerto nervioso no es recomendado por el alto grado de carcinoma indiferenciado, mucopéridermoide y de células escamosas.

Los pacientes con tumor de bajo grado de malignidad podrán ser tratados con injerto nervioso inmediato excepto cuando hay necesidad de realizar una disección radical de cuello.

Los tumores de las glándulas salivales son raros en la edad pediátrica, en muchos casos el diagnóstico de hemangioma puede ser altamente sospechado en base a los hallazgos clínicos y una biopsia excisional puede ser un tratamiento definitivo. Aproximadamente el 25 % de los casos malignos ameritan tratamiento radical.

Sin embargo, los porcentajes de curación en muchas categorías de tumores de alto grado de malignidad son pobres y solamente se espera que sobrevivan cuando el cirujano realiza un tratamiento quirúrgico agresivo. Las recurrencias son casi siempre fatales a excepción del carcinoma cistoadenoide.

Se pueden esperar resultados satisfactorios a largo plazo, a recurrencias de tumor y sobrevida de 5 años, tanto en los tumores benignos como en los malignos si seguimos los siguientes objetivos cuando realizamos un tratamiento quirúrgico de la glándula parótida:

- a) extirpación completa del tumor
- b) conservación del séptimo par cuando sea posible
- c) disección radical de cuello cuando existan ganglios palpables ipsilaterales en tumores malignos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Kärjä J, Syrjänen S, Usenius T., Vornaven M, Collan Y., ORAL CANCER IN CHILDREN UNDER 15 YEARS OF AGE. A. Clinico pathological and virological study. Acta Otolaringol (Stockh) , 1986; 449: 145 - 149.
- 2.- Skolnik E, et. al. TUMORS OF THE MAJOR SALIVARY GLANDS. Laryngoscope; 1977; 6: B43 - B60
- 3.- Grabb W., Smith J., TUMORES PRIMARIOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES Y EL CUELLO. Barcelona, Esp. 1984. Salvat Editores.
- 4.- Ilies R. and Brian M. A REVIEW OF THE TUMORS OF THE SALIVARY GLAND. Surg Gyn and Obst. 1986; 163: 399 - 404
- 5.- Lawson H CAPSULAR PENETRATION AND PERFORATION IN PLASMORPHIC ADENOMA OF THE PAROTID SALIVARY GLAND. Br. J Surg., 1989; 76: 594 - 596
- 6.- Quiroz F. ANATOMIA HUMANA. México D. F. 1979. Porrúa.
- 7.- Leeson C., Leeson T., HISTOLOGIA, 3ª Ed. 1977. Interamericana
- 8.- Moore K., EMBRIOLOGIA CLINICA. 1ª Ed. Interamericana
- 9.- Sanchez Marie J., et. al. GLANDULAS SALIVALES. 1990. Soc. Mex. Otorrinolaringología y cirugía de Cabeza y Cuello.
- 10.- Schwartz S., et. al. TUMORES DE CABEZA Y CUELLO. 4ª Ed. 1987. Mac Graw Hill.
- 11.- Woods E., PAROTIDECTOMY: POINTS OF TECHNIQUE FOR BIERF AND SAFE OPERATION Am. J. Surg. 1983; 143: 678 - 683
- 12.- De Vita. CANCER . 3ª Ed. USA. 1989, 574 - 580 . J.B. Lippincot Co.
- 13.- Maynard J. ENUCLEATED PAROTIDA TUMORS. Br. J. Surg. 1986; 75: 764 - 766
- 14.- Sabiston D. TRATADO DE FATOLOGIA QUIRURGICA . 13ª Ed. Mex. 1986. Interamericana - Mac. Graw Hill
- 15.- Hardy J., HARDY'S TEXTBOOK OF SURGERY. Philadelphia 1983. J.P. Lippincot Co.
- 16.- Enertoh C. SALIVARY GLANDS TUMORS IN THE PAROTID GLAND, SUBMANDIBULAR GLAND AND THE FALATER REGION. Cancer 1971; 27: 1415 - 1418.

- 17.- Spiro R. SALIVARY NEOPLASMS: OVERVIEW OF A 35 YEARS EXPERIENCE WITH 2607 PATIENTS. Head and neck Surg, 1986; Jan/Feb : 177 - 184.
- 18.- Batsakis J. et. al. PERINATAL SALIVARY GLAND TUMORS. (EMBRYOMAS). J.Laringology and otology 1988; 102: 1007 - 1011.
- 19.- Perez García R., Zamora V. TUMORES DE LA GLANDULA PAROTIDA: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. Rev. Cirug. Gral. 1985; 4: 111 - 116
- 20.- Drumm A., Chows J. CONGENITAL NECK MASSES, A.F.P. 1989; 39: 159 - 163
- 21.- Hansson L., et. al. C.T. SIALOGRAPHY AND CONVENTIONAL SIALOGRAPHY IN THE EVALUATION OF PAROTID GLAND NEOPLASMS. J. Laringol. and otology. 1988; 102:163 - 168
- 22.- March D., Rao V., et. al. C.T. OF SALIVARY GLANDS IN THE SJÖRGEN'S SINDROME. Arch otolaringolog. Head and neck surg. 1989;115: 105 - 106
- 23.- Som P., et. al. COMMON TUMORS OF THE PARAFARINGEAL SPACE: REFINED IMAGEN DIAGNOSIS. Head and neck radiol 1988; 169 : 81 - 85
- 24.- Som P. etl al. MULTICENTRIC CAROTID CYSTS AND CERVICAL ADENOPATHY IN AIDS PATIENTS. Laringoscope 1988; 98: 772 - 775.
- 25.- Byrne M. Spector J., PAROTID MASSES, EVALUATION; ANALYSIS AND CURRENT MANAGEMENT . Laringoscope, 1988; 98 : 99 - 105
- 26.- De Weese D., Saunders. TEX BOOK OF OTOLARINGOLOGY. USA 1973 Mosby Co.
- 27.- Gunn A., Parrott N., PAROTID TUMOURS: REVIEW OF PAROTID TUMOR SURGERY IN THE NORTHERN REGIONAL HEALTH AUTHORITY OF THE UNITED KINGDOM. 1978 - 1982. Br J. Surg. 1988; 77: 1144 - 1146
- 28.- Hugo N., Mc Kinney, et. al. MANAGEMENT OF TUMOURS OF THE PAROTID GLAND.. Surg. Clin of North Am. 1973; 53: 105 111..
- 29.- Hollander L., Et. al. MANAGENET OF CARNCER OF THE PAROTID GLAND. Surg. Clin. of North Am. 1973; 53 : 113 -119
- 30.- De Weese D., Saunders W. TEX BOOK OF OTOLARINGOLOGY, FACIAL NERVE. 1973 Mosby Co.
- 31.- Reilly J., et. al., ANGIOLIPOMA OF THE PAROTID: CASES AND REVIEW. Laringoscope 1988; 98 : 818 - 821
- 32.- Ling J., et, al. MANDIBULAR PATHOLOGY PRESENTING AS A PAROTID TUMOR. J. Laringol. and otology 1988; 102: 896 - 900
- 33.- Mac. Gurk, Main J., ADENOLIPOMA OF THE PAROTID GLAND. Br. J. Surg 1970;57: 321 - 325 .K