

11209
3
20j



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL DE PUEBLA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
Centro Médico Nacional Gral. "Manuel Avila Camacho"

DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA
SERVICIO DE CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO

La Experiencia en el Manejo de los Tumores de la Glándula Parótida

TESIS DE POSTGRADO

Que para Obtener la Especialidad en:

CIRUGIA GENERAL

PRESENTA

Dr. Francisco José Ramón Germán Albisua Cortes

Residente del Tercer Año de Cirugía General del Hospital de
Especialidades del C. M. N. Gral. "MANUEL AVILA CAMACHO"



Asesor de Tesis:

Dr. JUAN MANUEL REYES CARDOSO —Cirujano Oncólogo
Cirujano de Cabeza y Cuello Profesor Adjunto del Curso de Cirugía Gral.
Del Hospital de Especialidades C. M. N. Gral. "Manuel Avila Camacho"

FALLA DE ORIGEN

1995



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.

AGRADECIMIENTOS:

" AL B-I-O-S DEL AMOR "

POR SER MI COMPAÑERO DURANTE TODA MI VIDA

A mi asesor:

El Dr. Juan Manuel Reyes Cardoso, por ser un excelente profesional, un buen maestro y fino amigo, y que gracias a su apoyo se elaboro este trabajo.

A los Doctores:

Dr. Jesús Guzmán Carrera
Dr. Pedro Reyes Páramo
Dr. J. L. Acosta Mendoza
Dr. Miguel A. Perez Martin
Dr. Ricardo Hernández Ibar
Dr. Jorge George Sánchez
Dr. Francisco J. García Torres

Quiénes dieron parte de su tiempo para mi formación como Cirujano General. Con todo respeto, agradecimiento y admiración.

A todos mis maestros Cirujanos que participaron con enseñanzas y consejos para entender y practicar la cirugía.

A mis Padres

Francisco Albisua Cabrera
Ma. Guadalupe Cortés de Albisua

Los seres a los que les debo el Don mas
preciado y hermoso. " la vida "

Por haberme enseñado que existe un
"Dios" que siempre estará con nosotros.

Mi agradecimiento infinito por su amor.
Por su trabajo incansable hasta la conquista
de mi ideal como hombre y como Médico.
Como un homenaje a sus ilusiones y esfuerzos.

G R A C I A S

" Que Dios los bendiga "

A mi Esposa:

Mi Tere ! Motivo de Vida, de
lucha constante y superación.

Por la grandeza de su amor, apoyo
incansable, paciencia continua y comprensión
eterna.

Como homenaje a su
esfuerzo.

Con todo mi " AMOR "

A mis Hermanas

Mary Lupe y Josi. Ejemplos de perseverancia. Por todo lo que representan en mi vida. Mi cariño eterno por ustedes.

A mis Sobrinos

Paula, Mary Lupe, Ricardo, Mary Fer y Marco Antonio, por que con su inocencia alimentan mi alma.

A Mis Cuñados

Por su apoyo y cariño constante.

A Mis Tíos y Tías

Ejemplo en mi vida y apoyo incondicional.

A Mis Primos

Por compartir conmigo la alegría de la vida.

A Mis Amigos

Con los que he compartido y disfrutado
momentos inolvidables.

A Mis Compañeros

Con quiénes compartí los momentos difíciles y
de triunfo a lo largo de la residencia.

A Mis Pacientes

Quiénes me dieron la oportunidad de aprender
en ellos y colaborar en mi formación a pesar
de su dolor.

INDICE

Pags.

1. INTRODUCCION.....	1
2. ANATOMIA DE LA GLANDULA PAROTIDA.....	2
3. FISIOLOGIA DE LA GLANDULA PAROTIDA.....	3
4. NEOPLASIAS DE GLANDULA PAROTIDA.....	4
5. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	6
6. CLASIFICACION HISTOLOGICA.....	7
7. CUADRO CLINICO.....	8
8. METODOS DIAGNOSTICOS Y CLASIFICACION POR ESTADIOS.....	8
9. TRATAMIENTO.....	9
10. COMPLICACIONES.....	11
11. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
12. OBJETIVO GENERAL.....	12
13. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	12
14. HIPOTESIS.....	13
15. PROGRAMA DE TRABAJO.....	14
16. PRESENTACION DE RESULTADOS Y TIPO DE ESTUDIO.....	15
17. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.....	16
18. RESULTADOS.....	17
19. GRAFICAS Y CUADROS.....	19
20. CONCLUSION.....	26
21. BIBLIOGRAFIA.....	27

I N T R O D U C C I O N

En el presente trabajo se efectua un estudio retrospectivo de la experiencia en el manejo de los tumores de la glándula parótida, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Avila Camacho" de la ciudad de Puebla Pue. durante el periodo comprendido de enero de 1985 a diciembre de 1991.

Las glándulas salivales son causantes de muchos trastornos que con frecuencia requieren tratamiento quirúrgico. Estas glándulas pueden ser asiento de procesos inflamatorios agudos o crónicos, dar origen a tumores benignos y malignos, manifestar anomalías congénitas o ser parte de un trastorno general. De los diversos padecimientos de las glándulas salivales, los mas comunes son problemas relacionados con neoplasias e infecciones debido a ciertas consideraciones anatómicas, aunque también se han descrito patologías menos frecuentes como la pneumoparotitis, la cual es una inflamación de la glándula parótida que se ha relacionado con algunas ocupaciones como los sopladores de cristal y algunos músicos que utilizan instrumentos de viento. Sin embargo la terapéutica quirúrgica de los trastornos de las glándulas salivales a menudo se hacen en centros hospitalarios con experiencia en el tratamiento de problemas de cabeza y cuello.

Los tumores de las glándulas salivales mayores representan el 3-4% de todas la neoplasias de cabeza y cuello de causa desconocida. El promedio de edad de los pacientes con neoplasias malignas es aproximadamente de 55 años y para las tumoraciones benignas unos 40 años. Aproximadamente el 25% de los tumores parotídeos y el 50% de los submaxilares son malignos.

Consideramos que esta revisión es de relevancia para el cirujano, ya que debe tener un conocimiento completo de su manejo para llegar a realizar una buena técnica quirúrgica y aprovechar los recursos terapeuticos de que se disponen, revisando la literatura mundial.



FALLA DE ORIGEN

ANATOMIA DE LAS GLANDULAS PAROTIDAS

Las glándulas salivales son glándulas tubuloacinares que se originan de invaginaciones ectodérmicas y endodérmicas. En el hombre hay tres pares de glándulas salivales: parótidas, submaxilares y sublinguales. Además, varios centenares de glándulas salivales pequeñas situadas principalmente en la mucosa de la lengua, labios, mejillas y paladar.

La glándula parótida es una estructura relativamente sencilla dotada, en cambio, de relaciones anatómicas mucho más complejas. Esta indentada y conformada por los músculos, huesos, vasos sanguíneos y nervios que están en contacto con la glándula. La parótida está situada inmediatamente por debajo y por delante del oído y es la más grande de las glándulas salivales con un peso promedio de 25 g., originalmente se pensaba que la parótida era un órgano bilobulado, con un lóbulo superficial y grande, y uno más pequeño, profundo, unidos por un istmo alrededor del cual se extendían las fibras del nervio facial. Estudios anatómicos subsiguientes han demostrado que la parótida es una glándula unilobular que está perforada por la rama del nervio facial y no muestra planos anatómicos bien definidos entre sus porciones superficial y profunda.

El mayor volumen glandular es superficial, extendiéndose hacia arriba en dirección al arco cigomático y a la porción anterior del conducto auditivo externo. El borde anterior es variable pero no continúa más allá de la apertura del conducto parotídeo al interior de la cavidad oral, frente al segundo molar. En sentido inferior, la glándula rellena el espacio existente entre la mastoide y el ángulo mandibular por debajo del conducto auditivo externo. Un lóbulo de situación más profunda se extiende al interior del área parafaríngea, en donde entra en relación con la apófisis lateral de N I, la apófisis estiloides y con el contenido del espacio parafaríngeo.

La glándula parótida está rodeada por una fascia que es capaz de contener el avance de la mayoría de las infecciones parotídeas así como el de las tumoraciones benignas o de bajo grado de malignidad.

La inervación sensitiva del área parotídea y de parte del pabellón se efectúa por vía nervio auricular mayor, este nervio se secciona al extirpar la glándula parótida, provocando una pérdida permanente de la sensibilidad.

El nervio facial penetrará la glándula parótida casi inmediatamente después de abandonar el canal estilomastoideo. El VII par forma una prolija red anastomótica en el interior de la glándula y da salida a ramas destinadas a los músculos encargados de la expresión.

La glándula parótida esta irrigada profusamente por numerosas arterias que se anastomosan libremente y provocan hemorragias arteriovenosas durante la parotidectomía. Las arterias carótida externa, maxilar interna y temporal superficial, así como la vena facial posterior, están situadas en un plano mas profundo con respecto al VII par, el cual puede resultar lesionado si es necesaria cualquier manipulación de estos vasos en el momento de la intervención quirúrgica.

Los ganglios superficiales preauriculares habitualmente en numero de 1 ó 2, están situados por fuera de la fascia de la glándula e inmediatamente por delante del trago, estos abocan a los cervicales superficiales situados a lo largo de la vena yugular externa cuando esta cruza al músculo esternocleidomastoideo o bien la vena puede a su vez comunicarse con la cadena ganglionar yugular. Estos ganglios son sumamente importantes puesto que reciben el drenaje de la piel de la porción auricular anterior, la sien y la facies superior, incluyendo al ojo y la nariz. Con mas frecuencia se ven afectados por cánceres cutáneos metastásicos (carcinoma y melanoma) y por linfoma, pero no son habitualmente afectados a partir de neoplasias parotideas. Dentro de la fascia de la glándula existen dos grupos de ganglios. En el interior de la substancia glandular existen numerosos folículos linfáticos y de 4 a 10 pequeños ganglios linfáticos espaciados a lo largo de las venas facial posterior y yugular externa. En el exterior de la glándula aunque por dentro de la fascia hay uno o dos ganglios situados por delante del trago y uno o dos mas entre la prolongación inferior de la cola de la parótida y el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Estos se denominan habitualmente ganglios subparotideos. Cuando aumentan de tamaño, los ganglios subparotideos son difíciles de diferenciar de una masa situada en la cola de la glándula parótida.

FISIOLOGIA DE LAS GLANDULAS PAROTIDAS

La función principal de las glándulas salivales es la producción de saliva, la cual en un adulto alcanza un volumen de 1000 a 1500 c.c. por 24 horas, siendo producida en un 90% de ella por la parotida y la submaxilar. Se considera que esta última es la más activa fisiológicamente produciendo hasta un 69% de nuestra saliva. Existe un pequeño flujo salival de reposo el cual aumenta marcadamente al estimularse por medio de la masticación, el gusto y el olfato. Un 80% de la salivación diaria responde a estimulación específica.

Los núcleos salivales superior e inferior del tallo encefálico rigen la secreción de las glándulas salivales

Su composición en cuanto a electrólitos es similar al líquido intracelular y su concentración de glucosa sólo representa el 1% de la concentración plasmática. Existe en ella amilasa que interviene en procesos digestivos y altas concentraciones de IgA y lisosina que intervienen en funciones antiinfecciosas.

NEOPLASIAS DE LA GLANDULA PAROTIDA

Existe una gran variedad de neoplasias, tanto benignas como malignas. Dentro de los tumores benignos tenemos: Tumoraciones mixtas benignas las cuales son de lento crecimiento, están rodeadas de una subcapsula imperfecta que está atravesada por las digitaciones tumorales, el Dr. Kam H. Lam y colaboradores de la universidad de Hong Kong, del hospital Queen Mary y del hospital Tuen Mun de Hong Kong, refieren que el tumor benigno más frecuente de la glándula parótida es el adenoma pleomorfo y que el tratamiento quirúrgico con excisión total de la glándula es suficiente para su tratamiento, el cistoadenoma papilar linfomatoso, también llamado tumor de Whartin, probablemente de origen a partir de elementos linfoides, y rara vez presenta parálisis facial, sin embargo el Dr. timothy P. O'dwyer y colaboradores del departamento de otorrinolaringología y patología, del hospital de Toronto en Ontario Canadá, describieron nueve casos de parálisis facial por tumores benignos entre los cuales cuatro fueron en asociación con adenoma pleomorfo, tres con tumor de Whartin y uno con oncocitoma. En todos los casos la patología fue similar, con inflamación, fibrosis y necrosis.

Las lesiones benignas linfoepiteliales o tumor de Godwin que representa aproximadamente un 5% de las lesiones benignas. Otro es el oncocitoma el cual es de lento crecimiento y que se encuentra predominantemente en los grupos de edad mas avanzada, y el adenoma de células basales que es una lesión benigna muy poco común que aparece en gente de edad madura. El Dr. J.R. Livesey y colaboradores del hospital de Newcastle presentaron un caso de cistolinfangioma de parótida la cual es una lesión benigna, congénita y de rara presentación en áreas de tejido salival.

Dentro de los tumores malignos tenemos a los de bajo grado de malignidad, como los tumores de células acinosas que son neoplasias que típicamente muestran un lento crecimiento, un bajo potencial de malignidad, que representa del 2 al 4 % de los tumores de la parótida y que aparece en todos los grupos de edad, el Dr. Jean E. Lewis de la clínica Mayo en Rochester Minesota presento una revisión sobre el carcinoma de células acinares, donde fueron estudiados un total de 90 pacientes, donde el 44% presento recurrencia después del tratamiento primario, 19% metástasis y 25% murieron por la enfermedad.

También tenemos al carcinoma mucoepidermoide de bajo grado de malignidad los cuales se curan con una exéresis adecuada y que pueden aparecer en cualquier grupo de edad. Los tumores de alto grado de malignidad como son el carcinoma mucoepidermoide de alto grado de malignidad, que se comporta en forma muy agresiva e infiltra ampliamente la glándula salival y que producen metástasis a distancia y a ganglios linfáticos.

El adenocarcinoma, el carcinoma pobremente diferenciado, el carcinoma anaplasico y el carcinoma de células escamosas tienden a aparecer en épocas mas tardías de la vida y a comportarse agresivamente, los tumores mixtos malignos que en un pequeño porcentaje de tumores mixtos benignos puede desarrollarse y convertirse en neoplasia francamente malignas y tener ademas un comportamiento muy agresivo. El carcinoma adenoide quístico el cual es poco común en glándulas salivales mayores, y su índice de crecimiento varia de lento a rápido.

A N T E C E D E N T E S C I E N T I F I C O S

Los tumores de las glándulas salivales mayores representan del 3 al 4% de todas las neoplasias de la cabeza y cuello(1,2). La glándula parótida, órgano funcional con relaciones anatómicas complejas, es quizá la más afectada por tumores tanto benignos como malignos en sus diferentes variedades histológicas. Lo complejo de su anatomía y lo frecuente de su afección la hacen un tumor particularmente atractivo para su tratamiento, por las mismas causas y por lo poco sensible de las patologías que la afectan a los tratamientos médicos ortodoxos de los tumores, la cirugía juega un papel fundamental en el arsenal terapéutico, y es en la mayoría de los casos el único tratamiento que puede brindar curación (1,3,4)

El cuadro clínico en la gran mayoría de los pacientes portadores de tumores parotídeos benignos o malignos se presentan con una masa fácilmente visible y palpable.

En pocas masas se observa la presencia de dolor asociado, moderado o intermitente, que no sirve para distinguir entre lesiones benignas y malignas.

La parálisis del nervio facial es un tipo de presentación poco frecuente e indica malignidad; dado que los tumores benignos no tratados, no provocan parálisis del VII par (5-7).

El tratamiento inicial de las neoplasias de la parótida es la lobectomía superficial; los tumores resecaados deben ser estudiados en forma transoperatoria para decidir de acuerdo a la extirpe, el completar una parotidectomía total, o complementar el tratamiento con la aplicación de radioterapia, la cual juega un papel fundamental para reducir el índice de recurrencia local que en algunas series puede ser hasta del 30% cuando se emplea exclusivamente cirugía y del 14% cuando se complementa con radioterapia (1,4,8-11)

La sobrevida, si el primer abordaje es adecuado puede ser tan grande como 92% a 10 años (1,4,12).

La experiencia internacional es amplia, y los parámetros de manejo están bien definidos (9,11,13). Los factores de mal pronóstico son perfectamente identificables y el pronóstico puede darse por anticipado (1,14,15).

CLASIFICACION HISTOLOGICA:

A. Tumores epiteliales (los mas frecuentes de la glandula parótida)

- Tumores benignos (adenomas, cistoadenolinfomas, oncocitomas, quistes, lipomas, etc...) Una gran parte de estos lo ocupan los adenomas pleomorficos, que son los que mas frecuentemente se malignisan.

- Tumores mucoepidermoides.

- Tumores de células acinares.

- Carcinomas:

• Carcinoma adenoideo quistico.

• Adenocarcinoma.

• Carcinoma epidermoide.

• Carcinoma indiferenciado.

• Carcinoma por adenoma pleomorfico (raro).

B. Tumores no epiteliales

- Tumores mesenquimatosos benignos (Hemangiomas, linfangiomas, neurofibromas).

- L.M.N.H.

C. Metástasis intraparotideas

- CA de piel cabelluda o de la cara (epitelioma o melanoma).

- CA de Vías Aéreas y Digestivas Superiores.

D. Lesiones benignas intraparotideas

(adenopatías diversas)

E. Lesiones varias

Hiperplasia de glándulas salivales (Síndrome de Gougerot-Sjögren).

El tipo de diseminación de los tumores benignos, pueden ser por expansión o por infiltración local, y los tumores malignos infiltran la parótida, invaden el VII par y se diseminan a lo largo de los filetes nerviosos a cierta distancia.

CUADRO CLINICO

El cuadro clínico en la gran mayoría de los pacientes portadores de tumores parotídeos benignos o malignos se presentan con una masa fácilmente visible y palpable. En pocas masas se observa la presencia de dolor asociado, moderado o intermitente, que no sirve para distinguir entre lesiones benignas y malignas. La parálisis del nervio facial es un tipo de presentación poco frecuente e indican malignidad, dado que los tumores benignos no tratados, no provocan parálisis del VII par. Los tumores situados en el lóbulo profundo pueden producir disfagia.

MÉTODOS DIAGNOSTICOS Y CLASIFICACION POR ESTADIOS

Dentro de los métodos diagnósticos, las lesiones situadas en el lóbulo superior de la parótida son biopsiadas habitualmente llevando a cabo una parotidectomía superficial. La biopsia con aguja es frecuentemente engañosa y puede en algunos casos retrasar el diagnóstico de las masas submaxilares. Si una búsqueda cuidadosa en toda la cabeza y el cuello no es capaz de revelar la lesión primitiva, como procedimiento para biopsiar debiera descartarse el triangulo submaxilar. El Dr. Héctor P. Rodríguez y colaboradores, del servicio de cabeza y cuello del centro medico Montefiore y del colegio de medicina Albert Einstein en Bronx, Nueva York realizaron un estudio de biopsias por aspiración con aguja fina (BAAF), en donde se evaluaron un total de 64 biopsias las cuales posteriormente se les realizo cirugía donde se confirmo el diagnóstico, en el 93% se pudo definir con certeza si la lesión era benigna o maligna, con una sensibilidad del 85% para los tumores malignos y una especificidad del 97% para los tumores benignos, el diagnóstico exacto del tejido fue en el 74%:



FALLA DE ORIGEN

Por otro lado, el Dr. C.C. Nnochiri del departamento de cirugía de la universidad Middlesex de Londres Inglaterra, refiere que es mejor utilizar aguja fina para biopsia, a una aguja de calibre mayor, aunque probablemente el diagnóstico con esta última fuera más exacto, ya que así se previene la diseminación de células tumorales.

Para la clasificación de los tumores de las glándulas salivales se utiliza la propuesta por el American joint committe for cáncer la cual es la siguiente:

- Tx Tumor que no puede demostrarse por procedimientos habituales.
- T0 Sin evidencia de tumor.
- T1 Tumor de diámetro inferior o igual a 2 cm., solitario, libremente móvil, nervio facial intacto.
- T2 Tumor de diámetro superior a 2 cm., pero inferior a 4 cm., solitario, libremente móvil o con movilidad reducida o fijación cutánea, nervio facial intacto.
- T3 Tumor de diámetro superior a 4 cm., e inferior a 6 cm., o ganglios múltiples, ulceración cutánea, fijación a planos profundos o disfunción del nervio facial.
- T4 Tumor mayor de 6 cm., o que afecta a la mandíbula o huesos adyacentes.

T R A T A M I E N T O

El tratamiento inicial de las neoplasias de parótida susceptibles de ser resecaadas es la exploración y la lobectomía superficial en bloque para efectos diagnósticos y terapéuticos. La piel afectada se extirpa junto con la pieza. El tumor puede disecarse habitualmente sin contener el nervio facial. Si el tumor afecta la porción glandular profunda, el nervio puede ser retraído suavemente y la porción profunda de la glándula extirpada. Si el tumor afecta macroscopicamente al nervio facial deberán sacrificarse una o varias ramas del mismo.

Sin embargo, si el tumor es meramente adyacente al nervio, debiera ser respetado y diseccionado cuidadosamente; la irradiación postoperatoria es esencial en estos casos. El Dr. Jens Witten y colaboradores del departamento de oncología de cabeza y cuello del instituto Finsen en Copenage Dinamarca, revisaron el tratamiento de 105 pacientes con neoplasia maligna de parótida en donde al 21% se trato con cirugía únicamente, al 24% con radiación únicamente y al 53% combinación de las dos modalidades. 87 pacientes fueron tratados con intervención curativa. 62 tuvieron control local del tumor, de los cuales 36 fueron del grupo tratados con la combinación radioterapia y cirugía. Y tratamiento paliativo a 16 pacientes. 25 pacientes revelaron metástasis a distancia, y 6 pacientes tenían la lesión diseminada al momento del diagnostico. Se tubo una sobrevida a 5 años de 46%.

Los tumores inoperables tratados con radiación han conseguido algunos éxitos ocasionales que han sido comunicados.

Los resultados del tratamiento en tumores mixtos benignos con la enucleación o escisión con un borde estrecho de tejido normal, puede eventualmente condicionar un índice de recurrencia local del 20% aproximadamente a 10 ó 15 años de seguimiento. Y para los tumores malignos los resultados del tratamiento han sido analizados con respecto a su variedad histológica. Los resultados quirúrgicos en las lesiones de bajo grado de malignidad, son suficientemente buenos, por lo cual con frecuencia no sera necesario recurrir al empleo de la radioterapia. El índice de recurrencia local en casos tratados únicamente con cirugía es por lo menos del 30% en tumoraciones de alto grado de malignidad. Esta índice de recidiva se redujo al 14% con el empleo de la radioterapia postoperatoria en un grupo seleccionado en el que el 50% de los pacientes tenían un residuo tumoral de tamaño macroscópico. Pero en tumores localmente avanzados, el Dr. N.C. Gallegos y colaboradores del departamento de cirugía de la universidad de medicina de Middlesex en Londres Inglaterra, reporta una serie de 30 pacientes tratados con radioterapia seguida con cirugía donde tubo una sobrevida a 5 años del 30%.

COMPLICACIONES

Durante la cirugía, la manipulación del nervio, puede presentar una parálisis facial temporal de la cual el paciente se va a recuperar gradualmente. El Dr. E.R.T.C. Owen, del departamento de cirugía de la clínica Research center en Londres Inglaterra, reporta que de 112 operaciones de la glándula parótida, en el 38% se presentó parálisis del nervio facial la cual fue temporal y del 9% fue permanente. El síndrome de frey's se presentó en el 11%.

En aproximadamente un 10% de los pacientes puede presentarse sudoración gustatoria (síndrome de frey's) tras la parotidectomía.

Por la radioterapia se puede presentar trismos, debido a la fibrosis de los músculos maceteros y pterigoideos junto a la de la articulación temporomandibular.

Al concluir el procedimiento quirúrgico, cuando el nervio facial aun está expuesto, es útil estimularlo electricamente para determinar si se producirá una deficiencia nerviosa temprana.

La parálisis facial puede recuperarse con el empleo de injertos nerviosos en algunos casos. El Dr. Steven M. Sobol y colaboradores del departamento de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello del hospital Decatur Memorial en Decatur Illinois, refiere que de 18 pacientes a los que se les realizó injerto de nervio, en todos se presentó función facial intacta, igual a la que tenían antes de la cirugía por el tumor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el servicio de cirugía de cabeza y cuello del hospital de especialidades del Centro Medico Nacional Manuel Avila Camacho del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Puebla Puebla, se cuenta con una gran experiencia en el diagnóstico y tratamiento de los tumores parotídeos. Sin embargo su casuística no ha sido analizada para conocer los resultados de los tratamientos otorgados en forma precisa.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la casuística del servicio de cirugía de cabeza y cuello en el tratamiento de los tumores parotídeos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Conocer la incidencia de los tumores de la glándula parótida en nuestro medio.
- 2.- Conocer las características de presentación de los tumores al momento del diagnóstico.
3. Evaluar los resultados del tratamiento de los tumores de la glándula parótida.

H I P O T E S I S

OBJETIVO ESPECIFICO NUMERO 1:

Ho.- El análisis de la casuística de los tumores parotídeos del servicio de cirugía de cabeza y cuello, no permite conocer la incidencia de los tumores parotídeos en nuestro medio.

H1.- El análisis de la casuística de los tumores parotídeos del servicio de cirugía de cabeza y cuello, sí permite conocer la incidencia de los tumores parotídeos en nuestro medio.

OBJETIVO ESPECIFICO NUMERO 2:

Ho. El análisis de la casuística de los tumores parotídeos del servicio de cirugía de cabeza y cuello, no permite conocer las características de presentación de los tumores al momento del diagnóstico.

H2.- El análisis de la casuística de los tumores parotídeos del servicio de cirugía de cabeza y cuello, sí permite conocer las características de presentación de los tumores al momento del diagnóstico.

OBJETIVO ESPECIFICO NUMERO 3.-

Ho.- El análisis de la casuística de los tumores parotídeos del servicio de cirugía de cabeza y cuello, no permite evaluar los resultados del tratamiento de los tumores de parótida.

H1.- El análisis de la casuística de los tumores parotídeos del servicio de cirugía de los tumores parotídeos del servicio de cirugía de cabeza y cuello, sí permite evaluar los resultados del tratamiento de los tumores de parótida.

PROGRAMA DEL TRABAJO

LIMITES

El trabajo se realizo en el servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Manuel Avila Camacho, del Instituto Mexicano Del Seguro Social de la ciudad de Puebla Puebla, entre el primero de Enero de 1985 y el 31 de Diciembre de 1991.

MATERIAL

RECURSOS HUMANOS: Este estudio se realizo por dos personas, un medico cirujano oncologo adscrito al servicio de cirugía de cabeza y cuello, y medico residente de cirugía general del tercer año, de dicha institución.

RECURSOS MATERIALES: Se revisaron los expedientes clínicos disponibles en archivo de la unidad de todos los pacientes admitidos al servicio de cirugía de cabeza y cuello de dicha institución.

RECURSOS FINANCIEROS: Los propios de la unidad mencionada.

CRITERIOS DE INCLUSION. Se admitiron los pacientes:

- 1.- De cualquier edad y sexo.
- 2.- Con expediente clínico disponible en archivo clínico.
- 3.- Con diagnostico clínico e histopatológico de tumor de glándula parótida.
- 4.- Virgenes a tratamiento.
- 5.- Que tengan por lo menos un año de haber concluido su tratamiento en el servicio de cirugía de cabeza y cuello.
- 6.- Que cuenten con laminillas y / o bloque de parafina en el departamento de patología.

CRITERIOS DE EXCLUSION. Se excluyeron los pacientes:

- 1.- cuyo expediente clínico estuviese incompleto.
- 2.- Que hubieran abandonado el tratamiento.
- 3.- Que hubieran muerto por causas diferentes al diagnostico de nuestro estudio.

CRITERIOS DE NO INCLUSION. No se incluyeron en el estudio los pacientes:

- 1.- Que hubieran recibido tratamiento previo fuera de la unidad.
- 2.- Cuyo tumor parotideo hubiera sido metastásico.

METODO

Se elaboro una hoja especial para recolección de datos mas importantes de los expedientes clínicos referidos, de acuerdo a los parámetros expresados por los diferentes autores nacionales e internacionales de tumores parotídeos, de todos los pacientes con dicho diagnóstico.

P R E S E N T A C I O N D E R E S U L T A D O S

Los datos recolectados se analizaron para satisfacer los objetivos específicos del estudio, los resultados fueron presentados en relación porcentual, y desviación standard, y representados con cuadros y gráficas.

T I P O D E E S T U D I O

Es un estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y no comparativo.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: Edad: Sexo:

Fecha de Ingreso: Fecha de Cirugía:

Numero de afiliación:

Folio Examen Histopatológico

Tiempo de evolución:

Antecedentes de importancia:

Datos Clínicos: Masa Palpable o Visible:

 Lado:

 Exploración Física Completa:

 Dolor:

 Disfagia:

 Nodulos en cuello:

 Hipoacusia:

 Sialorrea:

 Perdida de Peso:

Radiografías Simples:

B.A.A.F.:

Sialografía:

Ultrasonografía:

Aspecto Macroscópico de la Neoplasia:

Tipo de Cirugía:

Resultado Histopatológico:

Tratamiento Complementario:

Estadio de la Enfermedad:

Evolución:

Sobrevida:

R E S U L T A D O S

De Enero de 1985 a Diciembre de 1991, se otorgaron un total de 10647 consultas por el servicio de cirugía de cabeza y cuello, de las cuales 2521 fueron de primera vez y 8126 subsecuentes.

Durante el mismo periodo se realizaron un total de 26 cirugías de la glandula parotida y a otros tantos pacientes con padecimientos de esta glandula (1.03%). (Figura 1)

La edad de los pacientes oscilo entre los 8 y 96 años, con una media de 52 años, siendo mayor la frecuencia de estos padecimientos entre la tercera y quinta década de la vida (16 pacientes = 61.53%).

Las patologías se encontraron afectando igualmente ambas parótidas (13 pacientes por lado = 50%). Con una marcada predominancia en pacientes del sexo femenino (17 pacientes = 65.38%), en relación con los del sexo masculino (9 pacientes = 34.61%). (Figura 2)

Las principales manifestaciones clínicas se muestran en el cuadro numero tres. Las mas comunes fueron la presencia de masa palpable o visible, la cual se presento en 25 pacientes (96.15%) y dolor en 21 pacientes (80.77%), llama la atención que en 7 de nuestros pacientes (26.95%) presentaron adenomegalias en cuello. Otras manifestaciones menos importantes fueron: disfagia, perdida de peso, sialorrea e hipoacusia. (Figura 3)

El tiempo de evolución varió de 16 días a 20 años con una media de 10 años. Siendo el padecimiento con una evolución mas frecuente de dos años en promedio (14 pacientes = 53.85%).

El estudio se baso en la historia clínica, exploración física completa, y las radiografias simples, las cuales se realizaron en todos los pacientes. La sialografia solo fue posible en 5 pacientes (19.23%)

A partir de 1991 se realiza en el servicio de cirugía de cabeza y cuello biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), la cual se realizo en 7 pacientes (26.92%), mostrando 71.4% de certeza cuando se correlaciono con los resultados histopatológicos definitivos. (Figura 4)

Todos los pacientes fueron sometidos a cirugía, realizándose parotidectomía superficial a 13 pacientes (50%), parotidectomía total a 10 pacientes (38.46%) y biopsias incisionales a tres pacientes (11.54%). Todas las cirugías fueron realizadas con estudio transoperatorio para de acuerdo a la estirpe histológica decidir la extensión del tratamiento quirúrgico (con excepción de los tres pacientes que fueron considerados irreseccables).

Se diagnosticaron un total de 20 tumores benignos (76.92%), de los cuales 10 pacientes (38.46%) correspondieron a adenomas pleomórficos, y seis tumores malignos (23.08%). Uno de ellos fue metastásico (CA de células claras). (Figura 5)

Trece pacientes con tumores benignos fueron tratados con parotidectomía superficial (50%) y los otros siete pacientes (26.92%) fueron tratados con parotidectomía total por ser tumores dependientes del lóbulo profundo de la parótida (tres pacientes = 11.54%) o bien afectar ambos lóbulos parotídeos (cuatro pacientes = 15.38%), en todos estos casos se preservó el nervio facial.

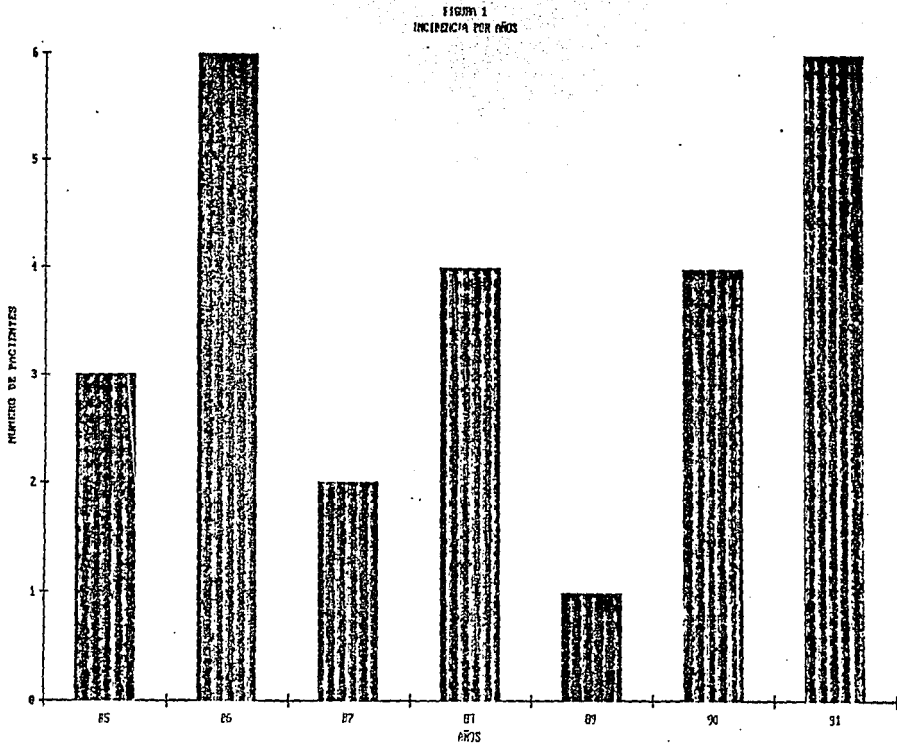
De todos los tumores malignos (seis = 23.08%), tres (50%) fueron tratados con parotidectomía total con resección del nervio facial y posteriormente tratamiento complementario con RT o QT, los otros tres pacientes (11.54%), fueron considerados irreseccables, a los cuales se les realizó biopsia y enviados posteriormente a RT o QT. Se hace notar que todos estos pacientes tenían adenopatías. (Cuadro 1)

Dentro de las complicaciones por cirugía se presentaron cinco pacientes con parálisis facial (19.23%), de las cuales tres fueron por resección del nervio por tumor maligno (11.54%) y dos pacientes (7.69%) que presentaron parálisis temporal, la cual se resolvió gradualmente en un año como promedio, y en un paciente (3.85%) se presentó el Síndrome de Frey's.

Los resultados definitivos de patología demostraron que el padecimiento quirúrgico más frecuente encontrado en nuestros pacientes, fue el adenoma pleomórfico el cual se presentó en 10 pacientes (38.46%), seguido del tumor de Whartin con tres pacientes (11.53%) y el tumor mixto maligno con el mismo número de pacientes (tres = 38.46%) (cuadro 2)

La sobrevida encontrada en nuestro estudio fue que de cuatro pacientes con tumoración maligna, están vivos hasta el momento de la publicación y sin datos de actividad tumoral. Los otros dos pacientes se encuentran perdidos (abandonaron tratamiento).

FALLA DE ORIGEN



ESTA TESIS NO PUEDE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FALLA DE ORIGEN

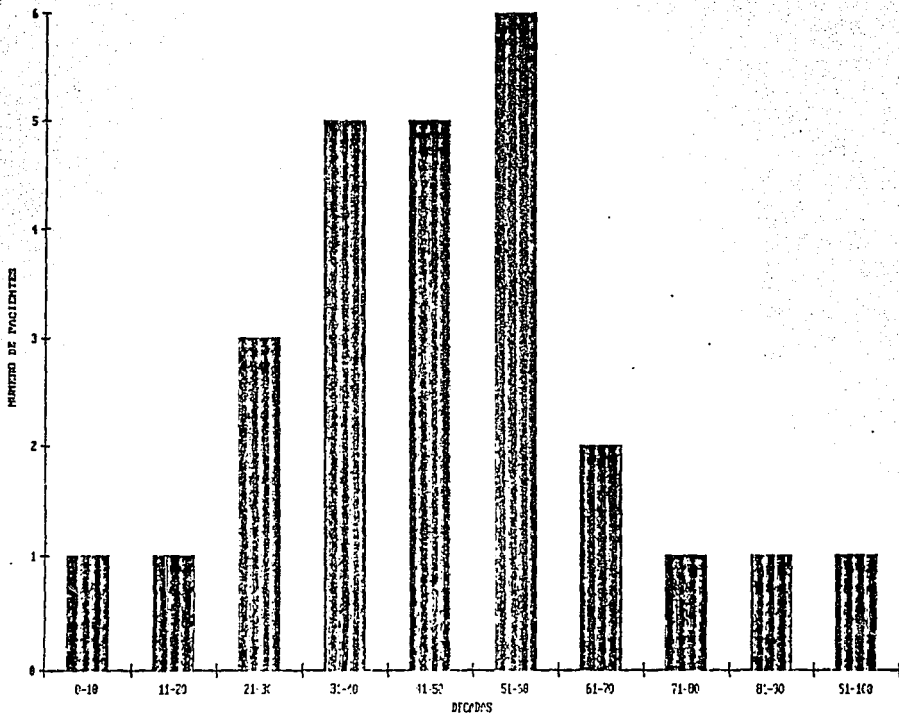
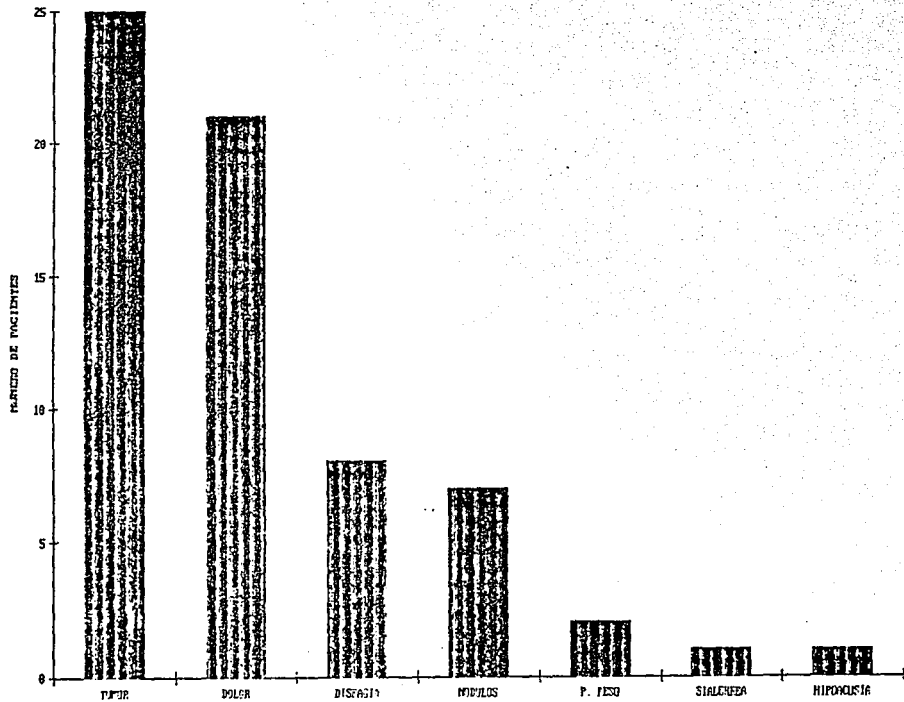


FIGURA 2
FRECUENCIA POR EDADES

FIGURA 3
MANIFESTACIONES CLINICAS



FALLA DE ORIGEN

FALLA DE ORIGEN

FIGURA 4
METODOS DIAGNOSTICOS

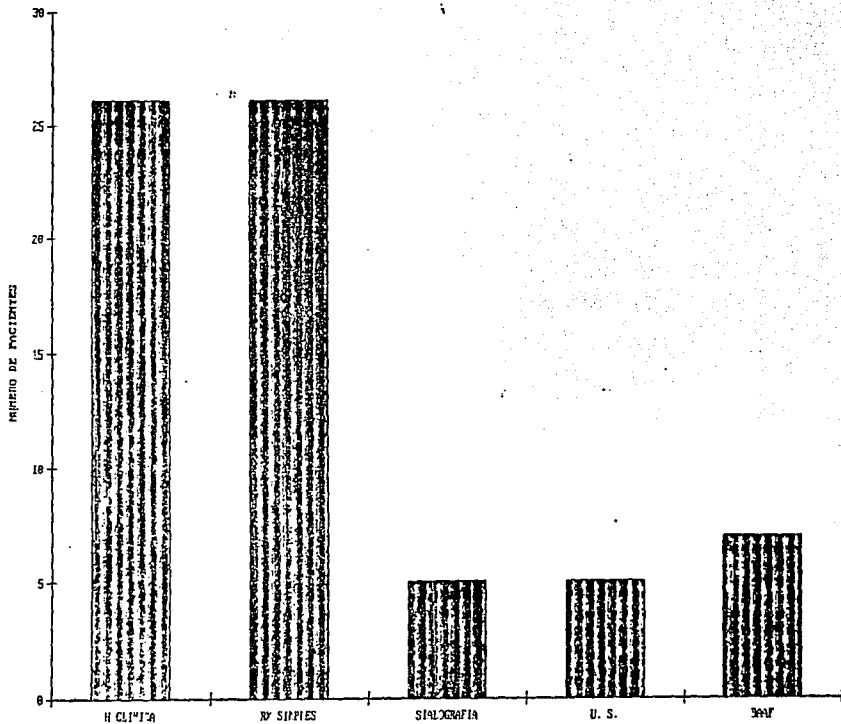
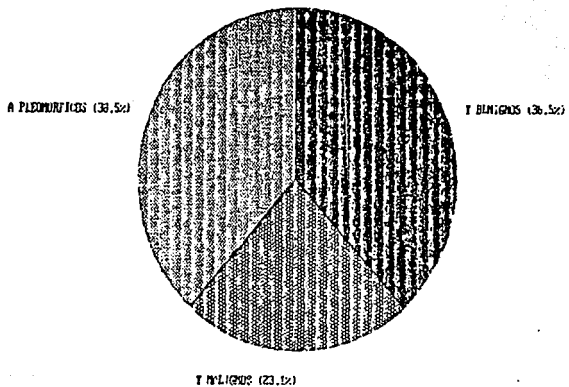


FIGURA 5
PORCENTAJE DE LAS NEOPLASIAS



FALLA DE ORIGEN

CUADRO I
TRATAMIENTO DE LAS NEOPLASIAS

TIPO DE TUMOR	TIPO DE CIRUGIA	No. PACIENTES
ADENOMA PLEOMORFICO	PAROTIDECTOMIA SUP. PAROTIDECTOMIA TOTAL	4 6
OTROS TUMORES BENIGNOS	PAROTIDECTOMIA SUP. PAROTIDECTOMIA TOTAL	6 4
TUMORES MALIGNOS	PAROTIDECTOMIA TOTAL BIOPSIAS	3 3

CUADRO 2
RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS

TIPO DE TUMOR	No. PACIENTES
ADENOMA PLEOMORFICO	10 (38.46%)
PAROTIDA SANA	3 (11.46%)
TUMOR MIXTO MALIGNO	3 (11.46%)
TUMOR DE WHARTIN	3 (11.46%)
SIALOADENITIS FOCAL	2 (7.69%)
CA MUCOEPIDERMOIDE	2 (7.69%)
LINFOEPITELIAL BENIGNO	1 (3.85%)
CA DE CELULAS CLARAS	1 (3.85%)
QUISTE EPIDERMOIDE DE INCLUSION	1 (3.85%)

C O N C L U S I O N

La casuística analizada en este trabajo es muy baja para corresponder a un servicio especializado en cirugía de cabeza y cuello, pero no en relación a un servicio de oncología. Las razones por ello son, primero, que el servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Avila Camacho" de la ciudad de Puebla Pue. fue fundado de 1985, por lo que los primeros años la casuística fue baja. Segundo, que muchos pacientes con tumores avanzados en esa época eran enviados directamente a los servicios de oncología medica y de radioterapia.

El tumor mas frecuente fue el adenoma pleomorfo (38.46%), lo cual esta de acuerdo con lo encontrado en la literatura universal.

La finalidad de esta tesis es analizar la casuística y los resultados del manejo; los tratamientos quirúrgicos otorgados a estos pacientes se consideran adecuados y los resultados obtenidos están de acuerdo con los reportados en la literatura.

es muy importante hacer notar que el presente trabajo es valido hacia el futuro, ya que es altamente representativo por haber muestreado el 100% del universo y haber analizado la casuística desde la fundación del servicio. Este análisis a dado pie a tres protocolos prospectivos que están realizandose en este momento. Y la observación de los pacientes reportados continua hasta la actualidad.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Rodney R. Million J., Cassis y Robert E. Wittes.: *Cáncer Principios y Practica de Oncología*: Vicent T. DeVita, Jr. Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg. *Patología de cabeza y cuello*. Salvat. Tomo I, 1986: 357-61.
- 2.- John R. Saunders, hijo, Richard M. Hirata y Darrell A. Jacques. *Clinicas Quirúrgicas de Norte América, Cirugía de cabeza y cuello*. Interamericana 1/1986: 61-84.
- 3.- J. Tachmes, T. Woloszyn, M. Coons, L. Eastlick, G. Shaftan, y E.I. Saltzman: *Parotid Gland and Facial Nerve Trauma: A Retrospective*. *J. Trauma* 1990;30:1939.
- 4.- Jens Witten, Finn Hybert y Hanne Sand Hansen: *Treatment of Malignant Tumors in the Parotid Glands*. *CANCER* 1990;65:2515.
- 5.- Kam H. Lam, William I. Wei, Ho C. Ho y Chiu M. Ho: *Whole Organ Sectioning of Mixed Parotid Tumors*. *AM J. Surg* 1990;160:377.
- 6.- Timothy P. O'Dwyer, Patrick J. Gullane e Irving Dardick: *A Pseudo-Malignant Warthin's Tumor Presenting with Facial Nerve Paralysis*. *J. Otolaryngology* 1990;19:353.
- 7.- Tefler y G.H. Irvine: *Pneumoparotitis*. *Br.J. Surg* 1989;76:978.
- 8.- C.C. Nnochiri, G.T. Watkin y M. Hobsley: *Unremarkable Parotid Tumors That Prove to be Malignant*. *Br.J. Surg* 1990;77:917.
- 9.- Héctor P. Rodríguez, Carl E. Silver, Idel I. Moisa y Mary S.: *Fine-Needle Aspiration of Parotid Tumors*. *Am J. Surg* 1989;158:342.
- 10.- Jean E. Lewis, Kerry D. Osler y Louis H. Weiland: *Acinic Cell Carcinoma*. *CANCER* 1991;67:172.

11.- N.C. Gallegos, G. Watkin, H.P. Cook, R. Sanders y M. Hobsley: Further Evaluation of Radical Surgery Following Radiotherapy for Advanced Parotid Carcinoma. Br J. 1991;78:97.

12.- Guillamondegui, Byers, Luna y cols.: Aggressive Surgery in Treatment for Parotid Cancer: The Role of Adjunctive Postoperative Radiotherapy. A.J.R. 1975;125:49.

13.- Steven M. Sobol, Mark May y Sara Mester: Early Facial Reanimation Following Radical Parotid and Temporal Bone Tumor Resections. Am J. Surg 1990;160:328.

14.- E.R.T.C. Owen, A.K. Benerjee, M. Kissin y A.E. Kark: Complications of Parotid Surgery: The Need for Selectivity. Br J. Surg 1989;76:1034.

15.- J.R. Livesey y J.V. Soames: View from Beneath: Pathology in Focus Cystic Lymphangioma in the Adult Parotid. J. Laryngology and Otology 1992;106:566.