



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
“ANTONIO FRAGA MOURET”**

CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

**“RECURRENCIA DEL ADENOMA PLEOMÓRFICO EN LA
GLÁNDULA PARÓTIDA POSTERIOR AL TRATAMIENTO
QUIRÚRGICO MEDIANTE PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL O
ENUCLEACIÓN”**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE CIRUGIA GENERAL

PRESENTA: CRISTIAN XAVIER ASTUDILLO CARRERA

MEXICO D.F. 2008

ASESOR: DR. MARCO ANTONIO PISCIL SALAZAR



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

**DR. JESUS ARENAS OSUNA
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD**

**DR. ARTURO VELAZQUEZ GARCIA
JEFE SERVICIO CIRUGIA GENERAL**

**DR. CRISTIAN XAVIER ASTUDILLO CARRERA
RESIDENTE CIRUGIA GENERAL**

No. Protocolo 2007-3501-43

INDICE

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	1.
MATERIALES Y MÉTODOS.....	.6.
RESULTADOS.....	7.
DISCUSIÓN.....	.14.
CONCLUSIONES.....	17.
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	18.

RESUMEN

RECURRENCIA DEL ADENOMA PLEOMÓRFICO EN LA GLANDULA PAROTIDA POSTERIOR AL TRATAMIENTO QUIRURGICO MEDIANTE PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL O ENUCLEACION.

OBJETIVO: Determinar la recidiva y morbimortalidad del adenoma pleomórfico de la glándula parótida.

MATERIALES Y METODOS: Diseño: retrospectivo, transversal, descriptivo, abierto en pacientes del servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" con diagnóstico de adenoma pleomórfico, intervenidos entre el 1 de enero del 2001 al 31 de diciembre del 2005, se registró edad, sexo, evolución clínica, diagnóstico con BAAF, hallazgos transoperatorios, reporte histopatológico definitivo, morbilidad temprana y tardía, recurrencia.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva, Odds Ratio y el Test de Fisher

RESULTADOS: Estudio conformado por 72 pacientes, 34 mujeres y 22 hombres. Se realizaron 33 (58.9%) procedimientos de enucleación, 18 (32.1%) parotidectomías superficiales y 5 (8.9%) parotidectomías totales; 55% de los pacientes sometidos a enucleación tuvieron BAAF positiva para adenoma pleomórfico, 40% en la parotidectomía superficial y 5% en la parotidectomía total; en el transoperatorio 6 casos presentaron BAAF positivo para adenoma pleomórfico. El tumor se localizó en el lóbulo superficial en 82.1%. 22 tumores invadieron el límite quirúrgico: 80% en enucleación, 8% en parotidectomía superficial, y, 12% en parotidectomía total. 17 (30.4%) manifestaron parálisis facial posquirúrgica. La recurrencia del adenoma pleomórfico fue de 10.7% (n=6), 5 en adenoma pleomórfico y 1 ex adenoma pleomórfico. Se determinó a la existencia de bordes libres como factor de riesgo para recurrencia $P < .005$.

CONCLUSIONES: el diagnóstico mediante BAAF, la realización de parotidectomía superficial con estudio transoperatorio, y, la obtención del espécimen quirúrgico con bordes libres de lesión, disminuyen la recurrencia del adenoma pleomórfico.

PALABRAS CLAVES: Adenoma pleomórfico. Recurrencia.

ABSTRACT

RECURRENCE OF THE PLEOMORPHIC ADENOMA IN THE PAROTID GLAND TO THE SURGICAL TREATMENT BY MEANS OF SUPERFICIAL PAROTIDECTOMY OR ENUCLEATION.

OBJECTIVE: To determine the relapse and morbimortality of the pleomorphic adenoma of the parotid gland.

MATERIALS AND METHODS: Study of prevail, retrospective, in patient of the service of General Surgery of the Hospital of Specialties "Dr. Antonio Fraga Mouret" with the diagnosis of pleomorphic adenoma whose surgery was carried out among January 1 from the 2001 to December 31 the 2005.

RESULTS: I study conformed by 72 patients, 16 were excluded. 34 women and 22 men were analyzed. They were carried out 33 (58.9%) enucleation procedures, 18 (32.1%) superficial parotidectomy and 5 (8.9%) total parotidectomy. 55% of the subjected patients to enucleation had positive BAAF for pleomorphic adenoma, 40% in the superficial parotidectomy and 5% in the total parotidectomy. 6 (10.7%) patients presented result of positive BAAF for pleomorphic adenoma. The tumor was located in the superficial lobe in 82.1%. 22 tumors invaded the surgical limit: 80% in enucleation, 8% in superficial parotidectomy, and, 12% in total parotidectomy. 17 (30.4%) patients manifested paralysis facial. The recurrence of the pleomorphic adenoma was of 10.7%. You determines to the existence of free borders as factor of risk for recurrence $P < .005$.

CONCLUSIONS: the one diagnoses by means of BAAF, the realization of superficial parotidectomy with study surgical, and, the obtaining of the surgical specimen with borders free of lesion, they diminish the recurrence of the pleomorphic adenoma.

KEY WORDS: Pleomorphic Adenoma. Recurrence.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Las neoplasias de las glándulas salivales son poco frecuentes, representando el 3% del total de los tumores del área de la cabeza y cuello.¹ Estos tumores son un grupo heterogéneo de neoplasias, con un amplio rango de características biológicas. Los patrones de diseminación y la agresividad dependen de las características patológicas del tumor, de tal modo que un diagnóstico histológico seguro es determinante. La piedra angular del tratamiento de los tumores de las glándulas salivales es la cirugía, por lo que los cirujanos deben entender el comportamiento biológico de cada tipo de tumor para desarrollar un plan de tratamiento apropiado.²⁻³

Las glándulas salivales se dividen en glándulas mayores pares, donde se incluye la parótida, la cual está constituida por dos lóbulos, uno profundo y uno superficial, divididos por el nervio facial (VII par craneal). La cruza el conducto de Stenon, cuya función es excretar saliva, mide 4cm de longitud y 3mm de diámetro. El nervio facial tiene un segmento retroglandular corto y profundo a la salida del agujero estilomastoideo. La porción intraglandular del nervio facial es oblicua hacia fuera, adelante y abajo. Al llegar por afuera de la vena yugular externa, se divide en dos ramas terminales, siendo esta la rama temporofacial que se subdivide en ramas temporales, frontales, palpebrales, infraorbitarias y bucales superiores y rama cervicofacial que se subdivide en ramos terminales bucales inferiores, mentonianas y cervicales. La función del VII par craneal es motora, es responsable de los movimientos de los músculos de la cara y su preservación representa el objetivo primordial de la cirugía de la parótida.⁴

Clínicamente la manifestación más frecuente es la presencia de un tumor solitario, unilateral, que generalmente es asintomático. El 90% de los tumores se originan del lóbulo superficial, 9% del lóbulo profundo y 1% en el conducto de Stenon. Cuando el tumor mide menos de 3cm es difícil distinguir entre benigno y maligno, pero a medida que crecen, algunas características sugieren malignidad, de tal manera que el dolor se presenta de 10 a 29% y la parálisis facial del 10-15%.⁵ El crecimiento rápido, la ulceración de la piel, la infiltración a estructuras adyacentes, el trismus y los ganglios palpables en cuello son datos clínicos de malignidad. Los tumores del lóbulo profundo, por su relación con la fosa infratemporal, pueden afectar los nervios glossofaríngeo, vago, espinal e hipogloso, esto sea por desplazamiento o infiltración.⁶

El adenoma pleomorfo o tumor mixto benigno, es el tumor más frecuente de las glándulas salivales, se presenta aproximadamente con un 65% de frecuencia. Histológicamente tiene un componente epitelial y uno mesenquimatoso. El componente epitelial forma un patrón trabecular dentro del estroma, el cual puede ser mixoide, condroide, fibroide u osteoide. Se han identificado subtipos histológicos, así: tipo mixoide que tiene un predominio del componente estromal, tipo celular en el cual predomina un componente celular, y, tipo clásico definido como el que cuenta con un balance entre el componente estromal y celular. Macroscópicamente, su apariencia es lisa y lobular, con una cápsula bien definida; microscópicamente muestra pseudópodos, lo que explica los altos rangos de recurrencia tumoral después de enucleación quirúrgica. El margen con tejido sano asegura el control local.⁷⁻⁸

Para el diagnóstico esta descrito utilizar la biopsia por aspiración con aguja fina que tiene una sensibilidad reportada de 90 a 93% y una especificidad de 75 a 99%. Tiene la ventaja de que es un procedimiento simple, bien tolerado y con morbilidad mínima. La biopsia del espécimen en el transoperatorio es el procedimiento diagnóstico más útil y mayor utilizado, ya que permite definir la conducta, tiene una sensibilidad de 85 a 90% y especificidad de 88 a 98%.⁹⁻¹⁰

Cabe mencionar que la mayoría de los tumores de las glándulas salivales son benignos y de origen en el lóbulo superficial de la glándula parótida, por lo tanto en un número importante de casos los estudios de imagen no son necesarios. Sin embargo el primer estudio de imagen útil es la tomografía computarizada que se debe usar en casos en que la evaluación clínica del tumor sea incierta. Los tumores grandes, con sospecha de malignidad, con involucramiento u origen en el lóbulo profundo se deben evaluar con tomografía simple y contrastada, y de esta manera planear el tratamiento quirúrgico y distinguir los casos irresecables, su limitante es que no distinguen las partes blandas, inflamación o tumor. Las imágenes por resonancia magnética dan un mejor detalle de los tejidos blandos y distingue mejor neoplasias benignas de las malignas, es de gran utilidad en los tumores que invaden la fosa infratemporal y piso medio del cráneo. La angiorensonancia magnética, que no requiere de contraste y cateterización, es útil en los casos en que el tumor se relaciona con los grandes vasos del cuello.¹¹

El tratamiento primordialmente es quirúrgico y en vista de la alta posibilidad de recurrencia regional, el tratamiento inicial se considera el que le da mayor oportunidad

de curación al paciente. La parotidectomía superficial con preservación del nervio facial, con examen transoperatorio, es considerado el procedimiento quirúrgico mínimo; si el resultado es un adenoma y se considera el tumor resecado con márgenes adecuados (tumor rodeado por tejido glandular normal), la cirugía se considera completa.¹² Para los casos de adenomas con involucramiento del lóbulo profundo u originado del mismo, se debe realizar una parotidectomía total con preservación del nervio facial. Los casos de recurrencia deben ser sometidos a parotidectomía total con preservación del nervio facial a más de realizar estudio transoperatorio para descartar malignidad, y, en el caso de ser positiva se sugiere realizar parotidectomía radical con preservación del nervio facial, o resección del mismo mas injerto nervioso. Los casos de tratamiento previo inadecuado deben ser sometidos a parotidectomía total y preservación del nervio facial cuando sea posible. La complicación más frecuente de la cirugía parotídea es el desarrollo del síndrome de Frei, caracterizado por la secreción profusa de sudor en el área temporal y preauricular ante un estímulo gustativo. Este síndrome aparece en 50% de los pacientes operados de parotidectomía y se produce por una reconexión anormal del nervio auriculotemporal, dotado de fibras parasimpáticos y que es seccionado habitualmente al ligar los vasos temporales superficiales. El tratamiento de este síndrome se hace mediante la neurectomía timpánica, interrumpiendo el nervio de Jacobson, que tiene fibras parasimpáticas preganglionicas.¹³ Lo mejor es evitar el desarrollo del síndrome, lo cual se logra seccionando lo más alto posible el nervio auriculotemporal o bien interponiendo en el lecho parotídeo un colgajo muscular del esternocleidomastoideo, para alejar las fibras nerviosas y evitar su reconexión anormal.¹⁴⁻¹⁵

La observación a largo plazo es necesaria para apreciar el curso clínico de los tumores de la glándula parótida. La recurrencia, si bien se presenta en la mayoría de los casos en los dos primeros años de seguimiento, es posible que aparezca hasta una década o más después del tratamiento inicial. La enucleación del adenoma pleomorfo implica riesgo de recurrencia de 20 - 45%, y la parotidectomía superficial de sólo 1- 4%. La hipótesis para la recurrencia del adenoma pleomórfico de la glándula parótida durante la enucleación considera que la porción microscópica del tumor perfora la cápsula y se dispersa fuera de ella, resultando en una resección subtotal del tumor.¹⁶

MATERIALES Y MÉTODOS

Objetivo: Determinar la recurrencia del adenoma pleomórfico.

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y abierto, en pacientes del servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional La Raza con el diagnóstico de Adenoma Pleomórfico de Parótida, cuya intervención quirúrgica se la realizó en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2001 al 31 de diciembre del 2005, con un seguimiento mínimo de 1 año y máximo de 5 años.

Se analizaron las variables universales de edad y sexo. El procedimiento quirúrgico, “*exéresis del adenoma pleomórfico de la glándula parótida*” o “*parotidectomía superficial*”, se determino la parálisis facial y el Síndrome de Frey posterior a la exéresis del adenoma pleomórfico o parotidectomía superficial de la glándula parótida., el seguimiento fue a 5 años.El análisis estadístico Estadística descriptiva se realizo en SPSS 10D, además para las variables consideradas factores de riesgo se determino el valor de Odds Ratio y el Test de Fisher por existir valores inferiores a 5. Se consideró significativo un valor de $P < 0.05$.

RESULTADOS

El estudio lo constituyeron 72 paciente a quienes se les realizo intervención quirúrgica de la glándula parótida por presentar el diagnostico de adenoma pleomórfico, de los cuales 16 se excluyeron. El total de paciente fue de 56 pacientes, distribuidos en 34 mujeres (60.7%) y 22 hombres (39.3%). La mayor presentación de la enfermedad se produjo en el grupo de 36 a 45 años (26.5%) para las mujeres, y, de 46 a 55 años (27.3%) en los hombres. (Tabla # 1).

TABLA # 1

**CARACTERISTICAS BASALES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ADENOMA PLEOMORFICO DE GLANDULA PAROTIDA.
1 ENERO 2001 – 31 DICIEMBRE 2005**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
SEXO		
Femenino	34	60,7%
Masculino	22	39,3%
Total	56	100,0%
EDAD		
De 16 a 25 años	6	10,7%
De 26 a 35 años	14	25,0%
De 36 a 45 años	12	21,4%
De 46 a 55 años	12	21,4%
De 56 a 65 años	5	8,9%
De 66 a 75 años	7	12,5%
Total	56	100,0%

Fuente: Formularios de recolección de datos.

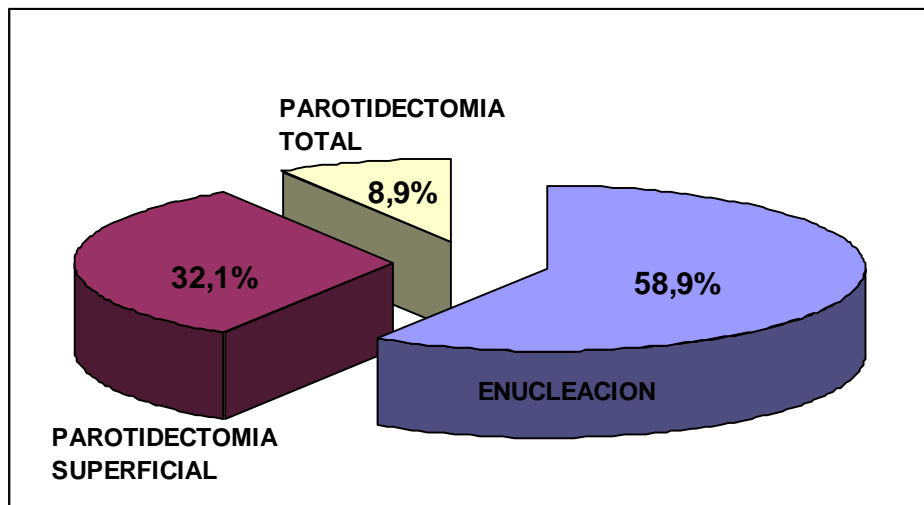
Elaboración: Los autores.

El tiempo mínimo de presentación del tumor hasta el acto quirúrgico fue de 121 días y el máximo de 5110 días, con una media de 1038 días y una mediana de 730 días. A 20 pacientes (35.7%) se les realizó biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) en el protocolo prequirúrgico, de los cuales el 85% se reportó como adenoma pleomórfico.

Los procedimientos quirúrgicos realizados se distribuyeron de la siguiente manera: enucleación 33 (58.9%), parotidectomía superficial 18 (32.1%) y parotidectomía total 5 (8.9%). (Gráfico #1).

GRAFICO # 1

FRECUENCIA DE LA CIRUGIA REALIZADA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ADENOMA PLEOMORFICO DE GLANDULA PAROTIDA. 1 ENERO 2001 – 31 DICIEMBRE 2005



Fuente: Tabla # 2

Elaboración: Los autores.

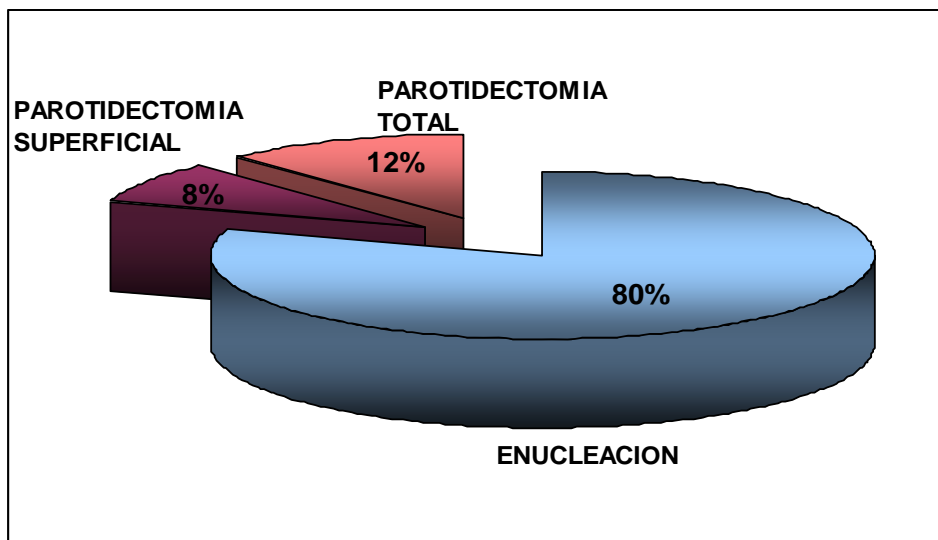
El 55% de los pacientes sometidos a enucleación tuvieron un reporte de BAAF positivo para adenoma pleomórfico, 40% de los sometidos a parotidectomía superficial y 5% de los pacientes a quienes se les realizó parotidectomía total. A 6 pacientes (10.7%) se les realizó estudio transoperatorio todos con reporte de adenoma pleomórfico. Las dimensiones del tumor se establecieron de la siguiente manera: largo con un mínimo de 15mm, máximo de 65mm y una media de 33.85mm; ancho con un mínimo de 8mm, máximo de 40mm y una media de 25.06mm; y la profundidad con un mínimo de 8mm, máximo de 40mm y una media de 20.17mm. Se reportaron 9 piezas patológicas multifragmentadas lo que corresponde a un 16.1%, de estas, 6 (66.7%) procedían de pacientes a quienes se les realizó la técnica de enucleación; 2 (22.2%) de parotidectomía superficial, y, 1 (11.1%) de parotidectomía total. El tumor se localizó con mayor frecuencia en el lóbulo superficial 82.1%, lóbulo profundo 8.9%, y, lóbulo superficial y profundo 8.9%. En todos los paciente sometidos a parotidectomía superficial, el tumor se localizó en el lóbulo superficial; a los que se les realizó parotidectomía total, el 60% se localizo en el lóbulo profundo y 40% comprometió el lóbulo superficial y profundo, y, a los paciente a quienes se les realizó enucleación el tumor se localizó en el lóbulo superficial en 84.8%, superficial y profundo en 9.1% y 6.1% estuvo en el lóbulo profundo.

En el record quirúrgico se reportó lesión del nervio facial en 5 pacientes, el 60% de estos se reportó en la parotidectomía total y el 40% en la parotidectomía superficial. No se reporto afección de estructuras vasculares, y, un paciente presentó ganglios con componente inflamatorio, así como se reporto que un tumor se resecó por fragmentos.

En el estudio de anatomía patológica se reporto que en 31 (55.4%) pacientes el espécimen resecado presentaba los bordes quirúrgicos libres de tumor, los restantes 22 pacientes presentaron invasión del tumor en el límite quirúrgico, 80% en la enucleación, 8% en la parotidectomía superficial, y, 12% en la parotidectomía total. (Gráfico #2).

GRAFICO # 2

**PRESENCIA DE TUMOR EN BORDES QUIRÚRGICOS DE LOS
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ADENOMA PLEOMORFICO
DE GLANDULA PAROTIDA.
1 ENERO 2001 – 31 DICIEMBRE 2005**



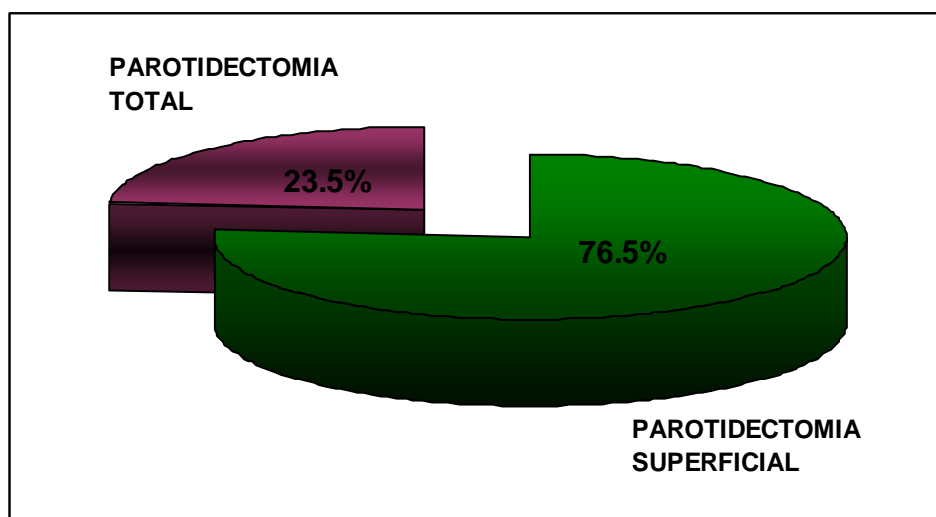
Fuente: Tabla # 3

Elaboración: Los autores.

Durante la evolución posquirúrgica, no se reportaron casos con manifestaciones del síndrome de Frey. 17 (30.4%) pacientes manifestaron parálisis facial posquirúrgica, 13 casos posteriores a parotidectomía superficial y 4 casos posteriores a parotidectomía total. (Gráfico #3).

GRAFICO # 3

FRECUENCIA DE PARALISIS FACIAL DE ACUERDO AL TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRURGICA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ADENOMA PLEOMORFICO DE GLANDULA PAROTIDA. 1 ENERO 2001 – 31 DICIEMBRE 2005



Fuente: Tabla # 4

Elaboración: Los autores.

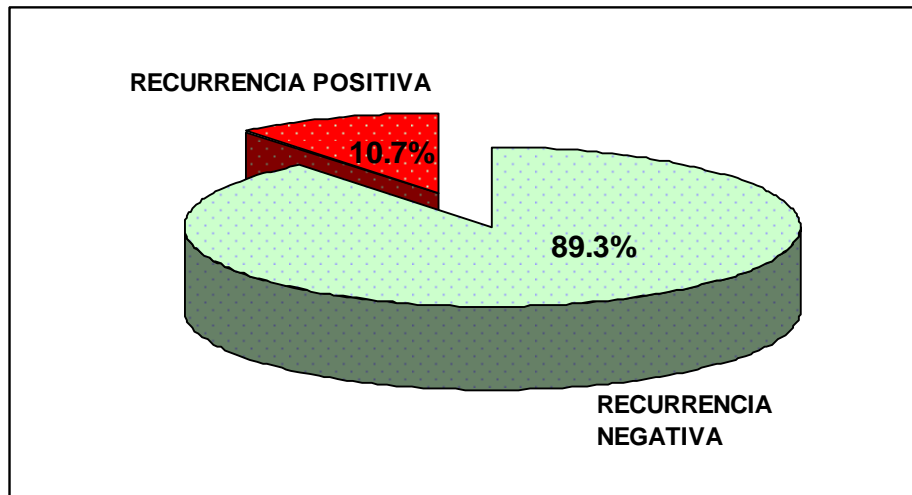
El tiempo mínimo hasta la resolución del cuadro fue de 60 días, con un máximo de 300 días, y una media de 150 días. El 64.7% recibieron tratamiento a base de corticosteroides y rehabilitación, 29.4% únicamente rehabilitación y en el 5.9% no se reportó tratamiento alguno.

La recurrencia del adenoma pleomórfico se presentó en 6 pacientes (10.7%) (Gráfico # 4), en un tiempo mínimo de 365, máximo de 1825 días, con una media de 1064 días y mediana de 1185 días; 2 (33.3%) casos fueron tratados mediante parotidectomía superficial, y 4 (66.7%) con parotidectomía total; el diagnóstico definitivo de los casos

de recurrencia fueron adenoma pleomórfico en 5 casos (83.3%) y un caso de ex adenoma pleomórfico (16.7%).

GRAFICO # 4

FRECUENCIA DE RECURRENCIA DEL ADENOMA PLEOMORFICO DE LA GLANDULA PAROTIDA POSTERIOR A LA INTERVENCION QUIRURGICA. 1 ENERO 2001 – 31 DICIEMBRE 2005



Fuente: Tabla # 5

Elaboración: Los autores.

Todos los casos de recurrencia se presentaron en pacientes sometidos a enucleación $P < .034$. Los principales factores de riesgo para recurrencia identificados fueron la existencia de bordes libres en el estudio anatómico patológico $P < .005$, y, la resección del tumor en fragmentos $P < .046$. (Tabla # 6).

TABLA # 6

**FACTORES DE RIESGO DE RECURRENCIA DEL ADENOMA
PLEOMORFICO EN PACIENTES SOMETIDOS A
TRATAMIENTO QUIRURGICO.
1 ENERO 2001 – 31 DICIEMBRE 2005**

Factor de riesgo	OR	IC	P
Sexo Femenino	1.3	0,2 – 7,9	0,5599096920*
Enucleación	Indefinido	-----	0.0341121*
Parotidectomía Superficial	0.00	0.00 – 1.91	0.0850266*
Parotidectomía Total	0.00	0.00 – 11.75	0.5546759*
Bordes Libres	Indefinido	-----	0.0054545282*
Lóbulo Profundo	0.00	0.00 – 11.75	0.5546759*
Lóbulo Superficial	1.10	0.10 – 27.93	0.7106705*
Lóbulo Superficial y Profundo	2.30	0.0 – 32.37	0.4453241*
Multifragmentado	7.3	1.19 – 44.9	0.0463302883*
De 16 a 25 años	0.00	0.00 – 9.18	0.3691867*
De 26 a 35 años	1.58	0.17 – 12.25	0.4716365*
De 36 a 45 años	0.71	0.03 – 7.66	0.6187901*
De 46 a 55 años	2.00	0.22 – 15.96	0.3812099*
De 56 a 65 años	0.00	0.00 – 11.75	0.5546759*
De 66 a 75 años	1.47	0.00 – 18.07	0.5693105*

*Test de Fisher por existir valores inferiores a 5.

Fuente: Formularios de recolección de datos.

Elaboración: Los autores.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, se analizaron los resultados de recurrencia y morbimortalidad relacionados con el tratamiento quirúrgico del adenoma pleomórfico de la glándula parótida. En esta serie de 72 pacientes quienes fueron tratados durante los 5 años de revisión, 56 fueron analizados luego de cumplir los criterios de inclusión y exclusión. Los pacientes del sexo femenino presentaron con mayor frecuencia este padecimiento 60.7%, especialmente en el grupo de edad correspondiente entre los 36 a 45 años, difiriendo en los varones en cuyo caso el grupo de edad mas afectado fue de 46 a 55 años. La evolución clínica del tumor desde la percepción inicial por parte del paciente hasta el evento quirúrgico se estableció con una media de 1038 días, sin embargo no fue significativamente estadístico con la recurrencia del tumor. Al 37.5% de los paciente se les protocolizó con biopsia con aspiración con aguja fina (BAAF) reportándose en un 85% adenoma pleomórfico, y, a 10.7% de pacientes se les realizó estudio transoperatorio con reporte de adenoma pleomórfico, lo que concuerda con los reportes presentados por Wu, M. et al ⁹⁻¹⁰ donde establecen una sensibilidad y especificidad mayor del 90% para la BAAF y mayor del 85% para el estudio transquirúrgico.

El procedimiento realizado con mayor frecuencia en esta serie fue la enucleación 58.9% seguido de la parotidectomía superficial con 32.1%, y, si tomamos en cuenta que 82.1% de los tumores se localizaron en el lóbulo superficial, nos apegamos fuertemente a los reportes realizados hasta el momento ²⁻⁵. De igual manera, la técnica quirúrgica establece que se debe manipular con especial precaución las estructuras nerviosas

especialmente durante la parotidectomía total, nosotros encontramos que en 5 pacientes se reportó lesión del nervio facial, de los cuales el 60% se presentó durante la parotidectomía total y el 40% durante la parotidectomía superficial, no se reportan eventos adversos con estructuras vasculares; este tipo de lesiones nerviosas y vasculares se presenta con mayor frecuencia durante los procedimientos de reintervención debido al proceso inflamatorio previo que altera la anatomía normal de la glándula parótida.

De acuerdo a los reportes de anatomía patológica establecimos las dimensiones del tumor con una media de 33.85 de largo, 25.06mm de ancho y 20.17mm de profundidad, los cuales se encuentran muy cercanos a los 30mm reportados por Palma et al ⁵, dimensión que se reporta como limítrofe para distinguir entre un tumor benigno y maligno durante el procedimiento quirúrgico. 16.1% de las piezas quirúrgicas fueron resecadas en fragmentos en las cuales no se identificó la existencia de bordes libres de lesión, el análisis estadístico nos reporta un valor de $P < .046$, cabe recalcar que el 66.7% procedían de pacientes sometidos a enucleación del tumor, siendo esta un factor considerable para recurrencia. De igual manera encontramos que el 55.4% de especímenes resecados tenía los bordes quirúrgicos libres de tumor, y, en los restantes 22 casos, el 80% de las piezas quirúrgicas eran producto de enucleación; Robert Witt ⁸ considera que la ruptura de la cápsula del tumor, así como la existencia de pseudópodos son factores importantes para la recurrencia del adenoma pleomórfico durante la enucleación. Nosotros determinamos una $P < .005$ para la existencia de bordes libres al realizar el estudio patológico del tumor.

En la evolución posquirúrgica se pudo determinar que 17 (30.4%) pacientes presentaron parálisis facial, de los cuales 13 casos se presentaron luego de parotidectomía superficial, 64.7% recibieron manejo con corticoesteroides y rehabilitación, presentando resolución de su cuadro en un promedio de 150 días. No encontramos manifestaciones de Síndrome de Frey en esta investigación, a pesar de que autores como McGurk¹³, Jackson¹⁴, Blankenship¹⁵ reportan hasta un 50% de casos con este síndrome.

Finalmente, encontramos que la recurrencia total del adenoma pleomórfico fue de 10.7%, el tiempo medio de presentación fue de 1064 días y la mayoría de estos casos (66.7%) se trataron con parotidectomía total, técnica referida en la literatura para el manejo de este tipo de padecimiento. Como diagnóstico definitivo se determinó adenoma pleomórfico en el 83.3% de los casos y ex adenoma pleomórfico en 16.7%. Leonetti and cols¹⁶ reportan que existe un 20 – 45% de recurrencia con la técnica de enucleación y solo 1 – 4% con la parotidectomía superficial, datos que son proporcionales a lo determinado en nuestro estudio, ya que no se presentó recurrencia con la parotidectomía superficial, sin embargo todos los casos de recurrencia se presentaron luego de realizárseles enucleación del tumor.

CONCLUSIONES

El procedimiento quirúrgico para el tratamiento del adenoma pleomórfico de la glándula parótida que se realizó con mayor frecuencia durante estos 5 años de estudio fue la enucleación, sin embargo con esta intervención se presentó la totalidad de la recurrencia del padecimiento. La presencia de tumor en los bordes quirúrgicos es un factor de riesgo fuertemente relacionado con la recidiva de la enfermedad.

El diagnóstico adecuado mediante biopsia por aspiración con aguja fina, así como la realización del estudio transoperatorio, y la resección completa del tumor con tejido glandular sano a su alrededor, es decir la realización de parotidectomía superficial, proporcionan el mejor manejo de estos pacientes para evitar la recurrencia del adenoma pleomórfico, sin olvidar que se debe tener especial cuidado con la manipulación de las estructuras nerviosas durante el acto quirúrgico y de esta manera evitar o reducir la presencia de parálisis facial.

Con estos datos obtenidos, consideramos necesario realizar estudios prospectivos con una cohorte de pacientes adecuada y de esta manera determinar con exactitud estadística el beneficio del tratamiento quirúrgico para el adenoma pleomórfico de la glándula parótida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Guntinas – Lichius O, Peter – Klussmann J, Wittekindt C, Stennert E.* Parotidectomy for Benign Parotid Disease at a University Teaching Hospital: Outcomes of 936 Operations. *Laryngoscope* 2006; 116: 534 – 540.
2. *Barroso – Bravo S, Reséndiz – Colosia J.* Tumores de glándulas salivales. En: Rodríguez – Cuevas A. Tumores de cabeza y cuello. Distrito Federal, México. Editorial El Manual Moderno; 2004. 181 – 203.
3. *Jatin S., Snehal G.* Cirugía y Oncología de cabeza y cuello. Madrid, España: Elsevier España, S.A.; 2004.
4. *Guntinas – Lichius O, Kick C, Klussmann J, Jungehuelsing M, Stennert E.* Pleomorphic adenoma of the parotid gland: a 13 year experience of consequent management by lateral or total parotidectomy. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2004; 261: 143 – 146.
5. *Palma S, Skálová A, Vaníček T, Simpson R, Stárek I, Leivo I.* Non-invasive (intracapsular) carcinoma ex pleomorphic adenoma: recognition of focal carcinoma by HER-2/neu and MIB1 immunohistochemistry. *Histopathology* 2005; 46: 144-152.
6. *Stennert E, Wittekindt C, Klussmann J, Arnold G, Guntinas – Lichius O.* Recurrent Pleomorphic Adenoma of the Parotid Gland: A Prospective Histopathological and Immunohistochemical Study. *Laryngoscope* 2004; 114 (1): 158 – 163.
7. *Stennert E, Guntinas – Lichius O, Klussmann J, Arnold G.* Histopathology of Pleomorphic Adenoma in the Parotid Gland: A Prospective Unselected Series of 100 Cases. *Laryngoscope* 2001; 111 (12): 2195 – 2200.

8. *Witt R.* The Significance of the Margin in Parotid Surgery for Pleomorphic Adenoma. *Laryngoscope* 2002; 112 (12): 2141 – 2154.
9. *Wu M, Burstein D, Yuan S, Nurse L, Szporn A, Zhang D, et al.* A Comparative Study of 200 Fine Needle Aspiration Biopsies Performed by Clinicians and Cytopathologists. *Laryngoscope* 2006; 116: 1212 – 1215.
10. *Wu M, Burstein D.* Fine needle aspiration. *Cancer Invest* 2004; 22: 571 – 578.
11. *Hasan Y, Erdinc A, Mehmet C, Elif G, Levent O, Nihan H, et al.* Dynamic Multislice Computed Tomography Findings for Parotid Gland Tumors. *J Comput Assist Tomogr* 2007; 31 (2): 309 – 316.
12. *Makeieff M, Venail F, Cartier C, Garrel R, Crampette L, Guerrier B.* Continuous Facial Nerve Monitoring during Pleomorphic Adenoma Recurrence Surgery. *Laryngoscope* 2005; 115: 1310 – 1314.
13. *McGurk M, Thomas B, Renehan A.* Extracapsular dissection for clinically benign parotid lumps: reduced morbidity without oncological compromise. *Br J Cancer* 2003; 89: 1610 1613.
14. *Jackson L, Gourin C, Thomas D, Porubsky E, Klippert F, Terris D.* Use of the Harmonic Scalpel in Superficial and Total Parotidectomy for Benign and Malignant Disease. *Laryngoscope* 2005; 115: 1070 – 1073.
15. *Blankenship D, Gourin C, Porubsky E.* Harmonic Scalpel versus Cold Knife dissection in Superficial Parotidectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 131: 397 – 400.
16. *Leonetti J, Marzo S, Petruzzelli J, Herr B.* Recurrent Pleomorphic Adenoma of the Parotid Gland. *Head Neck Surg* 2005; 133 (3): 319 – 322.