

11209
1 ej 46



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Instituto Mexicano del Seguro Social

Jefatura de Enseñanza e Investigación

Hospital de Especialidades

Centro Médico "La Raza"

Departamento de Cirugía General

Sección: Cirugía de Cabeza y Cuello

**PATOLOGIA QUIRURGICA DE LA
GLANDULA PAROTIDA**

(Técnicas y Revisión)

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL GRADO DE

E S P E C I A L I S T A E N

C I R U G I A G E N E R A L

P R E S E N T A :

DR. FRANCISCO JAVIER HERNANDEZ PONCE

COORDINADOR:

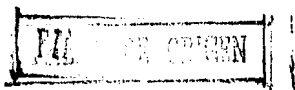
DR. MARCO ANTONIO PIZARRO CASTILLO



IMSS

MEXICO, D. F.

FEBRERO, 1987





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.

INDICE

	pag.
1. INTRODUCCION	4
2. OBJETIVOS	8
2.1 Objetivos Generales	8
2.2 Objetivos particulares	9
3. ANATOMIA QUIRURGICA DE LA GLANDULA PAROTIDA	11
4. PATOLOGIA DE LA GLANDULA PAROTIDA	21
4.1 Procesos Inflammatorios	21
4.2 Traumatismos	25
4.3 Tumores Benignos	27
4.4 Tumores Malignos	34
5. PAROTIDECTOMIA (Técnica y complicaciones)	44
6. PAROTIDECTOMIA Y DISECCION RADICAL DE CUELLO	56
7. MATERIALES Y METODOS	59
8. RESULTADOS	61
9. DISCUSION	76
10. CONCLUSIONES	83
11. BIBLIOGRAFIA	86

I.

INTRODUCCION

1. INTRODUCCION.

El aumento del promedio de vida de la poblacion conlleva un aumento de las diferentes patologias de tipo degenerativo. Es necesario efectuar una revision que nos indique de una manera objetiva y practica la incidencia de la patologia en diferentes organos. Asi, hemos visto que en lo correspondiente a esbaza y cuello, con el incremento de la edad aumentan la frecuencia de presentacion los padecimientos de tipo maligno.

El presente estudio tiene como objeto hacer una revision de la patologia de la Glándula Parótida que sea representativo de los procesos morbosos que afectan este organo.

La Parotidectomia se encuentra indicada en la mayoria de las enfermedades neoplasicas. Con el aumento de los conocimientos sobre el comportamiento biologico de los diferentes procesos tumorales que afectan la glandula parótida, al igual que con los adelantos en la anatomia quirurgica regional de este organo, se ha logrado que en las ultimas decadas se hayan efectuado una serie de modificaciones tanto de la clasificacion histopatologica como de la indicacion y tipo de tratamiento quirurgico. Esto ha ocasionado que haya una disminucion de manera importante de las recidivas locales. Asi pues, la reseccion local como parte del tratamiento quirurgico de las tumoraciones benignas, en especial del adenoma pleomorfico e tumor mixto de parótida, ha sido sustituida por la

parotidectomía superficial o subtotal, con preservación del nervio facial, como tratamiento de elección. Es conveniente también recalcar la importancia que tiene la práctica de cirugías combinadas (parotidectomía total y disección radical de cuello) en el tratamiento de neoplasias malignas, ya que en un alto porcentaje de ca - sos existe una invasión microscópica de los nódulos linfáticos ra - gionales.

El desarrollo de una técnica quirúrgica adecuada y de mínima complejidad ha sido motivo de preocupación de algunos ci - rujenos, efectuando múltiples modificaciones a la misma, estribando el punto de mayor importancia el manejo del nervio facial y sus cin - co ramas. Debido a lo anterior, actualmente el interés del cirujano además de ser la obtención mayores cifras de curación, es el de lo - grar una rehabilitación satisfactoria del paciente con parálisis fa - cial causada por la cirugía o por el proceso tumoral.

Las manifestaciones clínicas, así como el resultado del examen de cortes congelados durante el proceso quirúrgico, nos ayudan de una manera importante para determinar la extensión de la ci - rurgía. Las características propias de la tumoración (consistencia, movilidad, cambios locales, dolor, etc.), el tiempo de evolución de - l del padecimiento y la presencia de dolor local y/o parálisis facial nos ayudan a efectuar un diagnóstico clínico diferencial entre la ma - lignidad o benignidad del proceso patológico, pudiendo asegurarse que - un paciente con alteraciones en el dominio del nervio facial --

tiene muy alto porcentaje de que el padecimiento sea una neoplasia maligna.

La sialografía es un estudio que nos permite determinar la presencia de tumores, compresión extrínseca de la glándula, obstrucción del conducto de Stenon y localización de las masas, pero no es de utilidad en la diferenciación de los padecimientos benignos de los malignos, siendo de mayor precisión diagnóstica en las masas parotídeas la tomografía.

Aún falta mucho por conocer sobre los procesos morbosos que afectan a la glándula parotídea, el campo de la investigación se muestra abierto y, es importante resaltar, el pronóstico de éstos pacientes mejora en forma sorprendente.

2.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS.

2.1 OBJETIVOS GENERALES:

- a) Exponer una indicación precisa para el tratamiento quirúrgico de la patología de la glándula parótida, así como también una técnica y criterios quirúrgicos adecuados al tipo de padecimiento a tratar. Haciendo énfasis en los procedimientos de cirugía combinada en padecimientos malignos (Disecación radical de cuello).
- b) Conocer la experiencia del Servicio de Cirugía general en su sección de Cirugía de Cabeza y Cuello en el manejo quirúrgico de la patología que afecta a la glándula parótida, mediante la realización de un estudio clínico retrospectivo.

2.2 OBJETIVOS PARTICULARES:

- a) Conocer el tipo de procesos patológicos benignos y malignos que afectan a la glándula parótida, la frecuencia de cada uno de ellos y su comportamiento biológico.
- b) Establecer las manifestaciones clínicas que -

acompañan a las enfermedades de la glándula parótida y su importancia en el diagnóstico diferencial preoperatorio.

- c) Determinar un criterio quirúrgico adecuado para el tratamiento de los diferentes procesos morbosos (benignos y malignos) que afectan a la glándula parótida.

- d) Conocer la anatomía quirúrgica de la glándula parótida y sus estructuras adyacentes, para así poder disminuir el número de accidentes quirúrgicos y efectuar una parotidectomía con el mínimo riesgo de lesión del nervio facial o de sus ramas.

3.

ANATOMIA QUIRURGICA DE LA GLANDULA PAROTIDA

3. ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA.

La glándula parótida, así denominada a causa de sus relaciones de vecindad con el oído, es la glándula salival más voluminosa. Se encuentra situada detrás de la rama de la mandíbula en una excavación profunda, que se designa como compartimiento parotídeo, el cual es un espacio anatómico músculo-esquelético. El piso esquelético es la apófisis estiloides y la apófisis transversa del atlas. La porción muscular del piso está formada por el vientre posterior del músculo digástrico y los tres músculos que se originan en la apófisis estiloides, de los cuales el más superficial es el estilohioideo. La pared anterior esquelética se encuentra formada por la rama de la mandíbula y la pared anterior muscular de los músculos masetero y pterigoideo. El límite superior del compartimiento se encuentra formado por el conducto auditivo externo y la articulación temporo-mandibular. El límite externo lo forman la capa envolvente de la aponeurosis cervical profunda, músculo cutáneo del cuello y piel y el límite medial de la capa envolvente de la aponeurosis cervical profunda, apófisis estiloides, vena yugular interna, arteria carótida interna y pared de la faringe.

La glándula parótida llena el compartimiento parotídeo se amolda exactamente a sus paredes, reproduciendo la forma de este compartimiento, bastando decir que es muy irregular y, por lo tanto, difícilmente comparable a una forma geométrica; no obstante, se puede considerar como un prisma triangular con su eje mayor ver-

tial, una de cuyas caras mira hacia afuera, siendo las otras dos anterior y posterior; esta comparación solo es valdadera para la porción de la glándula comprendida entre el borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula y el borde anterior del esternocleidomastoideo y que se hunde en la profundidad hacia la faringe. (Fig. 1).

Históricamente, se creía que el nervio facial dividía la glándula en dos lóbulos, uno superficial y el otro profundo. Múltiples estudios anatómicos y embriológicos han demostrado que este no es realmente el caso, sino que la glándula en sí consiste en un solo lóbulo con una porción superficial y otra profunda definidas por su relación con el séptimo par craneal. La porción superficial de la glándula está por fuera del nervio facial y se extiende hacia adelante hasta el borde del músculo masetero. El borde superior de la glándula es paralelo al arco cigomático y por detrás en el cuello la glándula linda con el músculo esternocleidomastoideo. La porción profunda, que compone un 20 % de la glándula, está por dentro del nervio facial en la fosa retromaxilar. Justo por detrás de la mandíbula, la porción profunda pasa por el estrecho túnel estilomaxilar, que está bordeado por la apófisis estiloides y el ligamento estilo-maxilar por detrás, el conducto auditivo externo y la articulación temporo-mandibular por arriba y la rama de la mandíbula por delante. La mayor parte de la porción profunda está en el espacio faríngeo lateral, delante del diafragma estilomaxilar. Work

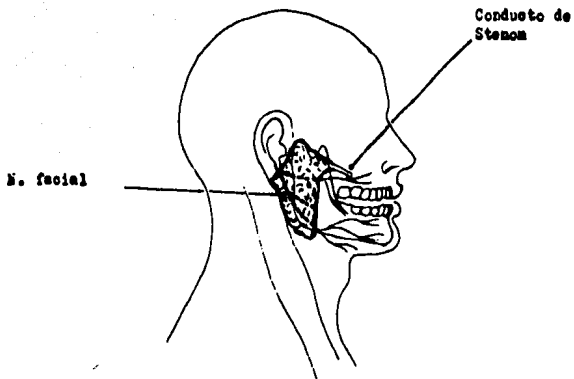


FIGURA No. 1 Relaciones de la Glándula Parótida y nervio facial con las estructuras circundantes.

sostiene que el 50% de los tumores originados en el espacio faríngeo lateral son de origen salival; otras posibilidades diagnósticas son paragangliomas, neurilemomas, metástasis y anomalías vasculares.- La forma del tumor parotídeo depende de sus relaciones con el ligamento estilo-maxilar y con el túnel. Los rasgos histológicos de los tumores del lóbulo profundo son similares a los tumores de la porción superficial de la glándula.

Además del cuerpo principal de la glándula parótida, existen prolongaciones del tejido glandular que tornan prácticamente imposible la parotidectomía total. Las más notables son unas pequeñas prolongaciones digitiformes de la glándula hacia atrás, a lo largo del músculo esternocleidomastoideo y la apófisis mastoidea, y hacia arriba, siguiendo el borde superior del ligamento estilo-maxilar.

La glándula parótida está rodeada de una hoja conjuntiva, de una verdadera cápsula debida al aplastamiento del tejido celular periglandular. Esta cápsula, propia de la parótida, contiene, pues, a la glándula, como un delgado saco del que parten tabiques que penetran en el seno del tejido glandular. Alrededor de esta cápsula, la glándula está en contacto con las formaciones sponuroticas de los músculos entre los cuales se insinúa. Por fuera encontramos la aponeurosis cervical superficial, por detrás la aponeurosis pre-vertebral y por dentro la aleta estilofaríngea y la vaina vascular. La resistencia de este revestimiento sponurotico enmascara el proceso patológico y complica los problemas del cirujano para establecer el

diagnóstico. Como esta aponeurosis no es distensible, los pequeños cambios volumétricos dentro del espacio anatómico ocasionan mucho sufrimiento al paciente. Reviste importancia clínica un defecto aponeurótico en el área estilonmibular que podría permitir la diseminación de material purulento desde el compartimiento parotídeo hasta el espacio faríngeo lateral.

El conducto de Stenon nace en la porción profunda de la glándula y transcurre en situación superficial hasta el borde exterior del músculo masetero para después virar hacia adentro, penetrar en la almohadilla adiposa yugal y el músculo bucinador y entrar en la cavidad bucal a nivel del segundo molar superior. (Fig. 1).

La glándula parótida es atravesada por varias estructuras nerviosas, arteriales, venosas y ganglios linfáticos. El séptimo nervio craneal (facial) emerge del cráneo por el agujero estilomastoideo entre las apófisis mastoideas y estiloideas, atraviesa el ligamento estilo-maxilar en camino de la glándula parótida y, habiendo pasado por fuera de la arteria carótida externa y la vena tronoxilar, el nervio se bifurca en los troncos temporo-facial y cervico-facial. Las divisiones adicionales en la glándula suelen originar cinco ramas con filetes comunicantes entre las ramas más grandes; la distribución general de las ramas es para las áreas temporal, cigomática, bucal, maxilar y cervical. El nervio y sus ramas se ubican en un plano que divide las porciones profunda y superficial de la glándula; pero no existe un plano aponeurótico verdadero

entre éstas dos porciones. Las ramas del nervio facial son muy su -
perficias, pues están en el músculo cutáneo del cuello o justo de
bajo de él. Esto se debe de tener en cuenta, en particular al ope -
rar por un tumor recurrente, porque es fácil que los colgajos cutá -
neos se hagan demasiado gruesos y se destruya así el nervio en la -
disección. (Fig. 2)

El nervio auriculo-temporal es una porción de la di -
visión del maxilar inferior del quinto nervio craneal que aparece -
por atrás del cóndilo mandibular y atraviesa la glándula parótida -
delante del conducto auditivo externo y en la profundidad de la ar -
tería temporal superficial. Lleva fibras sensitivas a la piel de -
la región temporal y fibras parasimpáticas para la glándula paróti -
da. (Fig. 3).

El nervio auricular mayor, rama del plexo cervical, -
se superficializa en el borde posterior del músculo esternocleido -
mastoideo y provee inervación sensorial para la piel que está delan -
te y detrés del oído. Puede utilizarse para hacer injertos libres -
de nervio si esto forma parte del procedimiento. Este nervio se sa -
crifica en la parotidectomía. La lesión de este nervio produce ador -
necimiento de la región preauricular, la parte baja del oído y el -
lóbulo de la oreja; pero ello desaparece después de 4 a 6 meses.

La arteria carótida interna y la vena yugular inter -
na corren por dentro del ligamento estilo-maxilar y en la profundi -
dad de la glándula parótida. La arteria carótida externa pasa por -

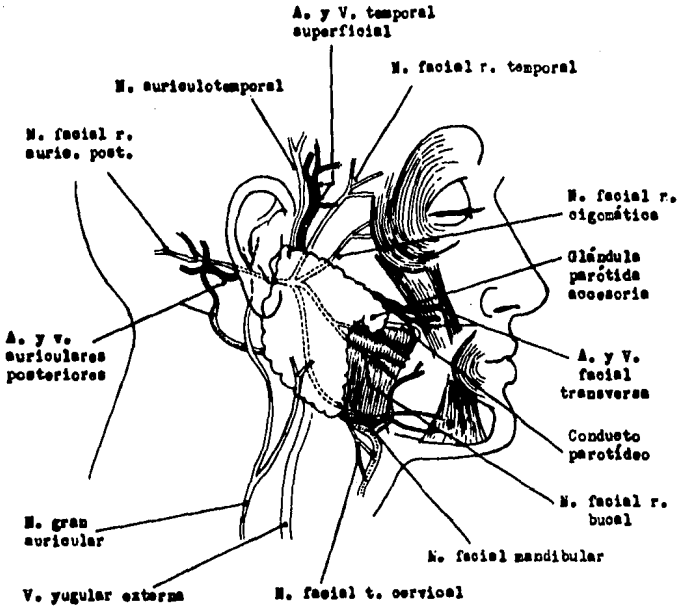


FIGURA No. 2 Relaciones de la Glándula con el nervio facial y sus ramas.

dentro del músculo digástrico posterior y del músculo estilogloideo y se bifurca en la arteria temporal superficial y la arteria maxilar superior, la primera a su vez origina la arteria facial transversa. Cada una de estas ramas emergen por separado de las superficies superior o anterior de la glándula parótida. (Fig. 3).

El drenaje venoso se encuentra dado por la vena temporal superficial, la cual entra a la superficie superior de la glándula parótida y recibe la vena temporal media formando así la vena facial posterior; ésta última dentro de la parótida se dividiendo una rama anterior que emerge de la glándula para desembocar en la vena facial y una rama posterior que se une a la vena auricular posterior formando la vena yugular externa.

En el compartimiento parotídeo existen ganglios linfáticos intraglandulares y extraglandulares. Los ganglios linfáticos pre-auriculares en la aponeurosis superficial drenan el área temporal del cráneo, la porción superior de la cara y la anterior del pabellón. Los ganglios parotídeos dentro de la glándula drenan la glándula propiamente dicha, la nasofaringe, nariz, paladar, oído medio y conducto auditivo externo. Estos ganglios mandan linfa a los ganglios sub-parotídeos y, por último, a los ganglios de las cadenas yugulares y accesorio espinal. Como el drenaje del sistema linfático de esta región acompaña al drenaje venoso, pueden ocurrir metástasis a lo largo de las cadenas linfáticas y yugulares interna y externa. (Fig. 4).

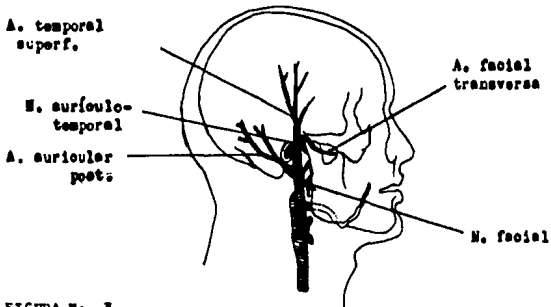


FIGURA No. 3
Relaciones de los nervios auriculo-temporal y facial
con la arteria carótida externa y sus ramas.

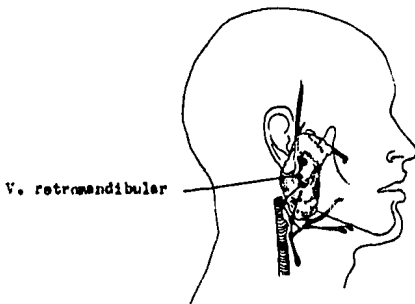


FIGURA No. 4
Esquema del drenaje linfático intraglandular
y extraglandular del espacio parotídeo.

4.

PATOLOGIA DE LA GLANDELA PAROTIDA

4. PATOLOGÍA DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA.

La glándula parótida se ve afectada por una diversidad de procesos inflamatorios tales como sialadenitis, sialadenosis litiasis parotídea y traumatismos, así como también procesos neoplásicos benignos y malignos. Se efectuará una revisión breve de ta les patologías, cuyo tratamiento la mayoría de las veces es quirúrgico.

4.1 PROCESOS INFLAMATORIOS. Las enfermedades inflamatorias que afectan a la glándula parótida incluyen la sialadenitis recurrente crónica, sialadenitis aguda (gangrenosa), sialadenosis (Síndrome de Mikulicz y Síndrome de Sjögren) y la litiasis parotídea.

a) Sialadenitis Recurrente Crónica: Las reacciones-inflamatorias crónicas que afectan las glándulas salivales son raras, siendo susceptibles de presentar un curso y tratamiento difficiles. Es un proceso unilateral (28), que se caracteriza por episodios inflamatorios intermitentes de intensidad y frecuencia progresivas (28,34), como una respuesta a la estimulación alimentaria. Clínicamente se presenta como episodios periódicos de tumefacción dolorosa, retención de saliva y una saliva más densa, puede haber xerostomía o trismo concomitante. La presencia de fiebre o secreción purulenta en el conducto parotídeo (Stemon) no son constantes. Un ataque puede durar unos pocos días o hasta varias semanas y, con

cionalmente puede persistir hasta que llegue a controlarse el fac -
tor etiológico o se extirpe la glándula.

Una vez que ha pasado la fase aguda de la enfermedad, la sialografía muestra ectasia del conducto con pérdida de los ele-
mentos acinosos, también nos puede demostrar la presencia de obs -
trucción del conducto de Stenon por tumor, cálculo o estenosis. Una
pleca simple nos puede demostrar la existencia de uno o varios cál-
culos en el interior de la glándula, sin embargo, no siempre son vi
sibles aunque estén presentes.

Inicialmente el tratamiento debe ser conservador a -
base de hidratación, administración de antibióticos de amplio espe
tro y manipulación digital del conducto, otras medidas incluyen me-
joramiento de la higiene oral y la estimulación de la secreción sa-
lival mediante el aumento de la frecuencia de alimentos. La adminis
tración de Yoduro de Potasio también puede ser útil ya que mantiene
el estímulo de la secreción salival.

La indicación de Parotidectomía son el fracaso de un
tratamiento conservador completo, sialadenitis crónica ó recidivan-
te por obstrucción del conducto. La intervención quirúrgica debe de
efectuarse un mes después de haber cedido los síntomas, siendo la -
de elección la parotidectomía subtotal con preservación del nervio-
facial (12,26).

b) Sialadenitis Aguda (Gangrenosa): Se presenta como infección secundaria en pacientes debilitados, caquéticos o postoperados y en aquellos con higiene oral deficiente. Un rasgo acompañante es la deshidratación. Clínicamente se manifiesta con fiebre, xerostomía y tumefacción dolorosa de la glándula parótida. Las alteraciones glandulares van desde la presencia de edema moderado hasta la necrosis franca, puede presentarse fistulización hacia el conducto auditivo, parálisis del nervio facial, vértigo o sordera, no es constante la presencia de material purulento en el conducto de Stenon. El organismo patógeno suele ser el staphylococcus aureus (34, 35) y casi siempre una cepa resistente a los antibióticos.

El tratamiento va encaminado a efectuar un drenaje externo temprano a través de una incisión básica de parotidectomía. La respuesta a este drenaje es, a veces, espectacular, pero para conseguir una remisión satisfactoria deben de continuarse medidas de tipo general. También se ha utilizado la radioterapia con dosis múltiples y pequeñas con buenos resultados.

c) Síndrome de Mikulies: Esta patología se caracteriza por una densa infiltración de linfocitos paraneoplasia y del tejido conectivo (28, 29). Su presentación casi siempre es acompañando a la leucemia, el linfoma maligno, tuberculosis y sarcoidosis (34, 35). Puede afectar todas o la mayoría de las glándulas salivales, pero el sitio más frecuente es una sola parótida (80%) y la mayor fre -

cuencia ocurre en pacientes de la 4ta. década de la vida (29), también se encuentran afectadas las glándulas lagrimales.

El término moderno para esta patología es "lesión - linfoepitelial benigna", y se piensa que representa una fase del - Síndrome de Sjögren. Cuando los síntomas son unilaterales y estén - localizados en la glándula parótida la presentación puede ser idéntica a la de un tumor parotídeo.

El tratamiento de la patología en la glándula salival es sintomático, pero en pacientes con tumefacción parotídea frecuente e irreversible e intenso dolor, el tratamiento de elección es la parotidectomía subtotal con preservación del nervio facial.

d) Síndrome de Sjögren: Este síndrome se presenta como una triada que comprende xeroftalmía, xerostomía y artritis crónica. Presenta además tumefacción de la glándula parótida. Se asocia con un complejo de enfermedades autoinmunes. Tiene predilección por las mujeres. Los rasgos histológicos son una infiltración linfocitaria de las glándulas lagrimales y salivales similares a las del Síndrome de Mikulicz, al igual que los criterios de tratamiento.

e) Litiasis Parotídea: Aproximadamente un 10% de los cálculos se originan en la glándula parótida, por lo general en el conducto de Stenon. Los cálculos se asocian con procesos inflamatorios y los síntomas dependen del sitio donde éstos se encuentren; cuando

se localizan cercanos al ostium del conducto de Stenon, puede haber un intenso dolor salival y trismo, la porción intracanal del conducto se encuentra edematizada y eritematosa. Cuando la localización de la litiasis es en los conductos intraglandulares, ocurre un agrandamiento difuso del parénquima parotídeo que se acompaña de intenso dolor. Pueden presentarse episodios intermitentes de sialadenitis, en los cuales la sintomatología no es aliviada del todo entre cada episodio agudo y el siguiente.

La persistencia de la sintomatología y la progresión fisiopatológica son indicación de una exploración quirúrgica de la glándula. Cuando los cálculos se encuentran cerca del ostium del conducto de Stenon se deben de extraer mediante la incisión del mismo con un abordaje oral. Si estos se encuentran enclavados en conductos intraglandulares, se requiere de parotidectomía y hasta parotidectomía subtotal, según el estado de la glándula y la cantidad y sitio de los cálculos. El abordaje quirúrgico debe de ser mediante una incisión clásica de parotidectomía, para poder valorar mejor el parénquima glandular e identificar los cálculos.

4.2 TRAUMATISMOS DE LA GLANDULA PAROTIDA. Debido a la situación de la glándula parotídea, se encuentra expuesta a traumatismos tanto intragénicos como externos. La lesión que más frecuentemente se encuentra en la vida civil es por proyectiles de calibre pequeño y un 89% corresponde a lesiones por botellas rotas (15,34). Se han efectuado estudios acerca de la resistencia del

nervio facial a traumatismos directos sobre él mismo y recientemente se ha publicado un caso en humanos, en el cual posterior a un daño extenso en la región cervico-facial no hubo daño del tronco del-facial ni de sus ramas (15). La laceración del conducto de Stenon - junto con las ramas circundantes del nervio facial requiere una minuciosa reaproximación microquirúrgica. Si la lesión no es reconocida, o si la reparación no es adecuada, puede presentarse: fístula -salival, parálisis facial y sialadenitis crónica. Cuando es lesionado el nervio aurículo-temporal, puede presentarse como secuela el Síndrome de Frey, el cual es raro que sea incapacitante y en ocasiones puede ser confundido con una fístula salival (35). Las Fístulas resultantes de una lesión parenquimatosa pueden cerrar espontáneamente, pero en algunas ocasiones traen como consecuencia la formación de quistes, en cuyos casos el tratamiento de elección es la Parotidectomía subtotal, que tiene como objeto extirpar todo el tejido distal a la laceración.

Cuando ha sido lacerado el conducto de Stenon, el tratamiento de elección consiste en la reanastomosis, utilizando como férula un pequeño catéter de polietileno el cual debe de retirarse de 7 a 10 días posteriores a la operación. La lesión de una rama principal o del tronco del nervio amerita una meticulosa anastomosis o la colocación de un injerto venoso.

4.3 TUMORES BENIGNOS. Cerca del 90% de las Neoplasias que afectan a las glándulas salivales se localizan en la glándula parótida. Casi las dos terceras partes de todos los tumores son neoplasias benignas. Todos ellos se caracterizan por tener un crecimiento lento (a veces de 10 a 15 años), y ser indoloros (33). Una clasificación morfológica cuidadosa, y un tratamiento primario adecuado constituyen las mejores garantías de una supervivencia larga y libre de enfermedad. La parálisis persistente en la presencia de un tumor parotídeo es considerada como un criterio definitivo de malignidad, Papagelov y col. hacen un reporte de 1 caso de parálisis del nervio facial por tumor benigno de la glándula parotídea (oncocytoma) y hacen referencia de 2 casos más existentes en la literatura para este tipo de tumores (20). Parker Cross reporta otro caso el cual correspondió a un tumor de Warthin (13).

Los tumores de la glándula parótida son raramente vistos en niños y cuando estos ocurren son usualmente hemangiomas benignos; sin embargo, la presencia de un tumor sólido en niños tiene un 50% de probabilidad de ser maligno (8).

En el presente apartado se hace una revisión de los tumores benignos que más frecuentemente afectan a la glándula parotídea y se hace mención de aquellos que, aunque en forma más rara, también se presentan. Se hará especial énfasis en los criterios de manejo quirúrgico.

a) Adenoma Pleomórfico: El término tumor "mixto" fué primeramente usado por Broca en 1866 para describir esta lesión y más tarde fué popularizado por Minsén en 1874. Se le denominaba de esta manera debido a que se consideraba que este tumor era de origen epitelial y de rudimentos de tejido conjuntivo. Sin embargo, actualmente es aceptado que este tumor se origina solo del tejido epitelial, por lo tanto el término de tumor "mixto" es condicional. Muchos autores denominan a este tumor como Adenoma Pleomórfico.

Es el tumor benigno más frecuente y ocupa aproximadamente del 50 al 80 % del total de este tipo de tumores (8,28,29,30,33,34,35). Se presenta como un bulto solitario, firme, indoloro, liso y móvil que crece con lentitud y no se acompaña de compromiso nervioso. Estos tumores probablemente se originan de epitelio glandular adulto y, como su nombre lo indica, tienen un patrón estructural extremadamente diverso. En el 90% de los tumores se encuentran áreas en donde el tumor crece en una trama de hebras formadas de células fusiformes y estrelladas que no siempre están conectadas y a veces se encuentran totalmente separadas. En aproximadamente la tercera parte de los casos este patrón mixtoide predomina, pero de ningún modo es el único componente estructural. La mitad de los tumores tienen estructura pseudocartilaginosa y en el 20% muestran tejido que semeja extraordinariamente el tejido hialino. El epitelio de recubrimiento puede constar de una sola capa, de dos o estar estratificado o pseudoestratificado. Pueden observarse algunas áreas de metaplasia dentro del epitelio escamoso y puede encontrarse este ti

-po de epitelio en aproximadamente la cuarta parte de los casos.

Debido a que en un 10% de los tumores se exhibe un comportamiento maligno, a estos tumores se les debe de considerar - malignos en potencia a pesar de su aspecto macroscópico.

Los tumores benignos de la glándula parótida se diag-
nostican a base de los datos obtenidos de la anamnesis, de exploración física, exámenes radiológicos y citológicos e histológicos, obtenidos en el momento de la operación y se basan en el hallazgo de elementos mesenquimatosos y epiteliales en la pieza operatoria. El uso de la sialografía en el diagnóstico de masas de la glándula parótida, e adyacentes a ella, aún es controversial; es de valor limitado para valorar masas parotídeas menores de 2 cms., especialmente cuando se encuentran localizadas superficialmente (Celesterra y col.) (9). En un estudio realizado por Morgan R.F. y col. demuestran que el porcentaje de acortación diagnóstica fué menor con este estudio que con la sola valoración clínica (correlación patológica) (10). Así pues, los sialogramas nos permiten juzgar sobre la localización del tumor, así como para efectuar diagnósticos diferencial entre los tumores del proceso faríngeo de la parótida y los tumores que se derivan de las glándulas salivales de la orofaringe. La tomossialografía ha sido reportada como de mayor precisión para el diagnóstico de masas parotídeas y ha venido a revolucionar los efectos en el examen radiológico de éstas lesiones (9,10).

El tratamiento del Adenoma Pleomórfico ha sido motivo de múltiples controversias en cuanto a si debe efectuarse parotidectomía formal o bien enucleación local y radioterapia. Se han efectuado numerosos estudios y existen múltiples reportes en la literatura referentes al caso, concluyendo lo siguiente: La parotidectomía superficial o total con preservación del nervio facial debe ser usada en el tratamiento de este tipo de tumores (1,2,3,8,14, 16,19,29,30,33,34), debido al alto índice de recidiva que se presenta cuando se efectúa enucleación local de la tumoración, la cual ha sido reportada desde un 13.6% hasta un 44%. No se ha visto diferencia en cuanto al uso o no de la radioterapia antes o después de la parotidectomía o acompañando a la enucleación local; se han reportado incluso complicaciones relativas al uso de la misma, tales como epilepsia focal como resultado de daño cerebral por irradiación, mielitis transversa de la médula espinal cervical y mielitis esclerosante. Estas complicaciones se han visto desde 8 o más años posteriores a la radioterapia.

El pronóstico para este tipo de tumores es favorable, más sin embargo, la valoración de la evolución post-operatoria debe ser seguida hasta 10 a 15 años posteriores a la cirugía, ya que como se mencionó un 10% de los adenomas pleomórficos presentan un comportamiento maligno.

b) Tumor de Warthin : (Cistadenoma Papilar Linfomatoso) Este tumor fué primeramente descrito en 1895 por Hildebrand, quien consideró éste una variante de quistes congénitos laterales del cuello. En 1898, Heisee notó la presencia de numerosos nodos linfáticos en los conductos salivales dentro de la glándula parótida de 120 fetos. En 1910, Albrecht y Arat propusieron el nombre de Cistadenoma Papilar y enfatizaron su ocurrencia en nodos linfáticos parotídeos. En 1929, Warthin lo establece como una forma de tumor de la región parotídea el cual debía ser de gran rareza, no solo por su baja incidencia sino también por el silencio en la literatura referente a él.

Es un tumor que se considera como una lesión solo de la glándula parótida. La incidencia varía de un 2% a un 24%. Muchos autores sin embargo, refieren que se encuentra arriba del 6-10% de todos los tumores parotídeos. En su estudio clásico, Foote y Frazell establecen que la incidencia del tumor de Warthin representa el 10% de todos los tumores de la glándula parótida. Se presenta con mayor frecuencia en la 6ta. y 7ma. décadas de la vida, el 20% son vistos antes de los 50 años de edad y el 13% después de los 70 años de edad. Es significativamente más común en el hombre que en la mujer y afecta principalmente a la raza blanca. Aproximadamente un 10% se presentan en forma bilateral.

De una manera característica se encuentra formado de un componente epitelial papilar entremezclado con el tejido lin-

-foide bien desarrollado que comúnmente contiene centros germinales. Su histogénesis es incierta, pero muchos piensan que representan tejidos del conducto parotídeo secuestrados en ganglios linfáticos dentro de la glándula parotídea. El aspecto quístico característico y el contenido mucoso denso permiten identificarlos con facilidad durante la cirugía. El 85% de los tumores ocurren en el polo inferior superficial de la glándula.

Clínicamente se presentan como un bulto blando, irregular y asintomático de la glándula parotídea. Representan el segundo tumor benigno más común del tejido salival, pero muy lejos de la frecuencia de los adenomas pleomórficos.

El tratamiento del tumor de Warthin, cuando se trate de un tumor pequeño que se encuentra muy por debajo del polo inferior de la glándula, lejos de la distribución del nervio facial, se puede efectuar una exsición local de la tumoración; en el resto se prefiere la parotidectomía superficial conservadora.

El pronóstico de este tipo de tumores es bueno, ya que prácticamente no muestra recidiva después de la parotidectomía, además de que raras veces e nunca son malignos (4,28,29,30,33,34, - 35).

e) Oncocitomas : (Adenoma Oncítico) Son tumores benignos originados en oncocitos eosinófilos que revisten el epitelio acinar salival. Es prácticamente exclusivo de la glándula

parótida; afecta casi siempre a pacientes de edad avanzada y clínicamente es confundible con un adenoma pleomórfico. Es una lesión firme y encapsulada y a simple vista es un tumor rojo pardusco de textura hepática. Aunque se han descrito oncocitomas sincrónicos ó metacrónicos, son infrecuentes. El tumor crece con lentitud y es raro que su tamaño sea mayor de 4 ó 5 cms. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica la cual, si es adecuada, no presenta recidiva.

d) Lesión Linfocitelia Benigna: Godwin aplicó este nombre a una alteración poco frecuente que afecta la glándula parótida. Sus manifestaciones son de un proceso tumoral más que de uno inflamatorio, aunque su naturaleza no encapsulada, ocasionalmente difusa o multicéntrica, sugiera que se trata de una lesión inflamatoria. El proceso es benigno y de progresión lenta, que afecta de preferencia a mujeres de edad mediana y avanzada. El tratamiento consiste en la extirpación de la glándula afectada. Se han reportado recidivas, que se tratan con éxito mediante pequeñas dosis de radioterapia.

e) Tumores del "Lóbulo Accesorio": El "Lóbulo Accesorio" es un tejido glandular de tamaño variable, que acompaña al conducto de Stenon hasta el borde anterior del músculo masetero. Aproximadamente el 2% de las Neoplasias parotídeas son tumores del lóbulo accesorio. Estos tumores son más cefálicos y distales en relación a la división nerviosa que los del polo inferior superfi -

-cial de la glándula. Las características individuales de cada pa-
ciente determinan si se requiere o no incisión de parotidectomía -
convencional.

Puede haber sialadenitis localizada en los pacientes
sometidos a radioterapia por estados benignos en la región de la ca-
beza y cuello, posterior a un período de latencia de 20 a 30 años -
de la irradiación hasta la operación. Clínicamente es similar a la-
de un tumor parotídeo, pero también es compatible con la enfermedad
de Mikulicz localizada o con hiperplasia linfogliótica. Las alte-
raciones se limitan a una porción de la glándula. En pacientes con
sialadenitis localizada, que fueron irradiados, es difícil diseccionar
el nervio facial por la densa fibrosis post-irradiación.

Además de toda la gama de tumores de origen en el -
epitelio glandular, existen tumores benignos cuyo origen es de tipo
mesodérmico y que afectan a la glándula parótida.

4.4 TUMORES MALIGNOS. Aproximadamente el 75% de
todos los tumores salivales malignos se localizan en la glándula pa-
rótida y del 20 al 35 % de las neoplasias parotídeas son malignas -
(28,29,34). Su comportamiento abarca desde una malignidad moderada-
hasta grande. El cuadro clínico de los tumores malignos de las glán-
dulas salivales está en relación con su estructura morfológica. Al-
contrario de lo que se ve en las neoplasias benignas, en este tipo-

de tumores es característica la aparición de dolor, ritmo de crecimiento rápido, incorporación del proceso de los tejidos circundantes y ramas del nervio facial, y el desarrollo de parálisis de los músculos miméticos. La parálisis persistente del nervio facial en la presencia de un tumor parotídeo es considerada un criterio definitivo de malignidad. Aparecen en su mayor parte entre el sexto y séptimo decenios de la vida y muy pocas veces afectan a personas jóvenes.

Para efectuar tratamiento de las neoplasias parotídeas malignas, se requiere que el cirujano se familiariza con los tipos histológicos comunes de neoplasias malignas, porque el comportamiento biológico y el pronóstico varían mucho para cada uno.

El tipo histopatológico del tumor maligno hace que el cirujano tome 3 decisiones importantes para el manejo quirúrgico, primero valorar la parotidectomía subtotal contra la parotidectomía total; segundo, cual va a ser el destino del nervio facial (en un 30% de todas las parotidectomías por neoplasia maligna se sacrifican en todo o en parte el nervio facial) (28) y tercero, conocer la indicación y momento oportuno para realizar la disección cervical.

Hasta el momento no se ha definido el papel de la radioterapia o quimioterapia coadyuvante en el tratamiento de este tipo de neoplasias.

Debido a que la sialografía no permite distinguir - entre tumores benignos y malignos no se le incluye en el estudio - diagnóstico de un bulto parotídeo asintomático. La citología por aspiración pre-operatoria o trans-operatoria y el examen de cortes con gelados, son muy útiles para planificar el procedimiento quirúrgico de algunos tipos de tumores parotídeos.

El pronóstico va a depender del tipo histopatológico del tumor, ya que mientras que algunos de los tumores tienen un pro nóstico relativamente favorable en cuanto a supervivencia, resulta-desconcertante comprobar que el tumor mixto de carácter maligno, - que se presenta con relativa frecuencia y que a primera vista puede parecer no mucho más agresivo que la forma benigna, tiene un pronós tico bastante malo.

a) Carcinoma Mucocelidermoide: Es la neoplasia na - ligna más común de las glándulas salivales; se presenta más frecuen temente en la glándula parótida, pero puede ser encontrado en otras glándulas salivales (7,28). Son los más frecuentes de la variedad - histológica de carcinoma epitelioide (29), originalmente identifica-dos como grupo especial por Stewart y col. en 1945. Como su nombre lo indica, se encuentran estructurados por células epitelioideas y - células mucossecretoras. Algunos autores subclasifican estas lesio - nes como bien diferenciadas (grado bajo) y pobremente diferenciadas (grado alto) (7,28); otros emplean una categoría intermedia o mode

-radamente diferenciados. El carcinoma mucopidermoide bien diferenciado es una neoplasia de crecimiento lento que se extiende en los tejidos adyacentes por infiltración local y puede no metastatizar.- Son tumores de consistencia pastosa y hay limitación de la movilidad o inmovilidad, incluso en las neoplasias relativamente pequeñas.

Para efectuar el tratamiento de este tipo de neoplasias es importante conocer el grado de diferenciación, ya que en base a esto se establecerá la magnitud de la intervención quirúrgica. Las lesiones de bajo grado son susceptibles de tratarse con parotidectomía, conservando aquellas ramas del nervio facial que no estén realmente en contacto con el tumor, y su pronóstico es tan favorable que no está indicada la disección radical de cuello. En el de alto grado de malignidad, el tratamiento de elección consiste en parotidectomía total y debido a que la propagación inicial es hacia los ganglios linfáticos regionales, se debe de acompañar de disección radical de cuello con sacrificio del nervio facial.

Los tumores mucopidermoides de grado bajo de malignidad tienen una tasa de supervivida de casi el 100% a los 15 años y si no se encuentra tumor en los límites de resección quirúrgica la recurrencia no es usual. En el carcinoma mucopidermoide de alto grado de malignidad, en contraste, su índice de supervivencia a los 5 años sin signos de enfermedad es solo del 10%.

b) Tumores Mixtos Malignos (Carcinoma Ex-adenoma - Pleomórfico) : Son neoplasias agresivas que representan del 1 al 10% de todos los tumores salivales (28,55). Se supone generalmente que estos tumores se producen por una transformación neoplásica de un tumor mixto benigno previo. Los pacientes que presentan estas lesiones son, por lo general, mayores en edad que aquellos con tumores benignos mixtos y que han tenido en la parótida una tumoración durante un período más prolongado. Es típico que el paciente diga que un bulto parotídeo viejo ha empezado a crecer con rapidez y que esta lesión se acompaña de dolor y parálisis facial. Su rasgo distintivo es la presencia de tejido tumoral mesenquimático en un tumor maligno que también contiene elementos epiteliales. La mayoría de las veces estos tumores dan metástasis en los ganglios linfáticos regionales y pulmones y, en menor medida, en los huesos y encefalo.

El tratamiento quirúrgico es la parotidectomía total. La diseminación regional o metastásica es de muy mal pronóstico y suele significar la muerte antes del plazo de 1 año. Los ganglios con compromiso clínico evidente deben extirparse, pero no se ha demostrado que la disección radical de cuello altere la evolución final y debe ser determinada la operabilidad de la lesión primaria antes de ser llevada a cabo. La radioterapia resulta de poca utilidad en estas lesiones, y solo está indicada en tratamientos paliativos de tumores recidivantes inoperables.

La supervivencia para estos pacientes a los 5 años - puede ser del 87 al 90% y a los 10 años del 60 al 70% .

e) Cistadenocarcinoma (Cilindroma) : El término ci lindroma fué utilizado por primera vez por Billroth para describir una lesión originada en las glándulas salivales menores. Es una le sión maligna que crece con lentitud y representa el 1% de todos los tumores salivales. Su rasgo distintivo es su tendencia a invadir - los nervios periféricos al comienzo de su evolución, de modo que se presenta con parálisis nerviosa y un dolor que recidiva a pesar de - resecciones que parecían ser "curativas". La principal característi - ca histológica de estas lesiones es la disposición de células ba - tante pequeñas que forman cordones enastomados entre los cuales - hay áreas esclerosas que pueden contener material mucoso, hialino ó muco-hialino. Pueden desarrollar metástasis a los ganglios linfáti - cos cervicales en el 30% de los casos (29).

El tratamiento de elección de estos tumores es la pa rotidectomía total, que en estos casos no exige el sacrificio del - nervio facial, lo que dependerá de la posición del tumor primitivo. Cuando se demuestra la afectación del nervio, será obligatorio sa - crificarlo. Al tratar un carcinoma cistadenoideo se debe de prestar atención especial a los márgenes quirúrgicos examinando los cortes - histológicos congelados por su propensión a diseminarse siguiendo - los espacios perineurales.

Su pronóstico depende del sitio, porque en el páncreas y la parótida estos tumores son de pronóstico mucho mejor que en la glándula submaxilar. La supervivencia a 5 años sin signos de enfermedad es alrededor del 85%, pero baja al 57% a los 10 años (29). Después de 1 a 3 años de tratamiento radical, con frecuencia desarrollan metástasis por vía hematológica (33).

d) Carcinoma de Células Acinosas : Representan del 2 al 4% de los tumores de parótida y es el que mejor pronóstico tiene de todos los tumores de esta glándula. Son tumores que se forman a partir del ácino del parénquima glandular; suelen ser bien diferenciados y están rodeados por una pseudocápsula fina, tienen la mayor incidencia de bilateralidad (3%) (35). La mayoría de estas lesiones crecen con lentitud, dan metástasis tardíamente y son fáciles de resear, pero cerca de un 10% recidivan, dan metástasis y siguen una evolución muy agresiva ya que las metástasis pueden ser regionales o en localizaciones a distancia.

La terapia mínima quirúrgica es una parotidectomía radical total.

e) Linfoma Maligno : Los linfomas de la región parotídea son raros, aunque cada vez más reconocidos. Foote y Frassel en sus series de 766 tumores parotídeos fracasaron en encontrar un-

solo caso de linfoma maligno primario y Patey reportó solo 4 casos en su revisión de Patología de Parótida en 1965. Desde este tiempo han aparecido en la literatura reportes de casos de linfomas afectando la región parotídea, con frecuencia cada vez mayor; pero el número de casos aún es pequeño. La mayoría de estos reportes se han concentrado en las características histológicas más que en las características clínicas, y es evidente que la gran mayoría de las lesiones son diagnosticadas siguiendo la excisión local del tumor más que por parotidectomía formal.

El tratamiento quirúrgico de estas lesiones en caso de tener el diagnóstico en forma preoperatoria es la excisión local de la tumoración, evitando así la práctica de parotidectomías innecesarias; por lo tanto es conveniente que cuando se encuentre un nudo linfático acompañando a una masa parotídea, se le practique biopsia al nudo linfático más que a la misma masa, siendo posible aplicar el esquema de manejo de tumores en la región parotídea de tal forma que los pacientes con linfomas en esta región serían salvados de una parotidectomía y, quizá más importante, pacientes con otros tumores parotídeos no serían sujetos a excisión local de la masa - (5) .

f) Carcinoma Espinocelular: Suele ser un tumor relativamente raro de las glándulas salivales, ya que solo representa el 3% de las lesiones malignas. Se comporta de manera similar que -

los carcinomas espinocelulares de otras partes del cuello. Son tumores de consistencia dura, a menudo de bordes mal limitados, y es frecuente su fijación al músculo subyacente o a la piel que lo recubre. Su crecimiento es rápido y se acompaña de dolor, siendo la parálisis facial un síntoma precoz.

El tratamiento consiste en parotidectomía total y disección radical de cuello, incluyendo en la parotidectomía el nervio, el tejido blando adyacente y la piel cuya fijación al tumor es manifiesta.

El pronóstico es malo, la supervivencia a 5 años libres de enfermedad es de un 20%, pero de todas maneras es mejor que en el carcinoma mucoepidermoide de alto grado de malignidad.

g) Carcinoma Indiferenciado: Son tumores raros muy letales. Se cuenta con escasas evidencias de que alguna modalidad terapéutica sea capaz de alterar su mal pronóstico.

Al igual que con los tumores benignos, en los cuales existen tumores de origen mesodérmico, estos también se presentan con un comportamiento maligno y, por lo tanto, se les clasifica en este apartado de la patología de la glándula parótida.

5.

PAROTIDECTOMIA (TECNICA Y COMPLICACIONES)

5. PAROTIDECTOMIA (TÉCNICA Y COMPLICACIONES).

Las indicaciones de la parotidectomía ya fueron em -
pliamente referidas en el apartado anterior correspondiente a Patología Quirúrgica de la Glándula Parótida. Carnadine en 1907 hizo la primera parotidectomía con conservación del nervio facial. Barbat se -
ñaló un solo caso en 1916. Posteriormente Sistrunk y Adson y Ott-
describieron una técnica satisfactoria de la parotidectomía. Desde-
entonces las contribuciones han sido notables, como las de Bailey, -
James, Furstenberg, State y otros cirujanos. Los estudios anatómi-
cos de McWhorter, McCormack, McKensie y Davis, han estimulado la me -
joría en las técnicas quirúrgicas (30).

A todos los pacientes que van a ser intervenidos qui-
rúrgicamente se les debe advertir de antemano las posibles complica-
ciones a las que se encuentran expuestos por dicho procedimiento, -
las cuales les veremos con detalle posteriormente.

5.1 TÉCNICA QUIRURGICA. El paciente debe ser co -
locado en decúbito supino, con la cabeza vuelta hacia el lado opues-
to sobre un posacabeza en salvavidas. Se cubre con campos la mitad-
respectiva de la cara incluyendo las comisuras palpebrales y labia-
les, se ocluye el conducto auditivo externo con un algodón para con -
tribuir a prevenir la otitis externa en el post-operatorio a causa-
de la contaminación del conducto y, cuando corresponde, al aplicar -

los campos se debe de tener en cuenta la posibilidad de hacer una palpación intrasoral del lóbulo profundo. (Fig. 5)

- La incisión básica para parotidectomía es preauricular y empieza encima del nivel del trago, vira hacia atrás y se continúa con una amplia prolongación sublobular. Después esta incisión se lleva hacia adelante unos 2 cms. debajo del cuerpo de la mandíbula, en un surco cutáneo paralelo a él. La incisión puede servir como una rama superior de una incisión para hacer una disección radical del cuello. Ubicada en este sitio, la incisión evita la rama maxilar inferior del nervio facial, que está a menos de 1 cm. debajo de la rama del maxilar inferior, recordando que esta rama adopta una posición más inferior cuando la cabeza está rotada hacia el lado opuesto (Fig. 5).

-El colgajo cutáneo anterior se eleva hasta el borde anterior del músculo masetero y se enrolla sobre un trozo de gasa para evitar al máximo el edema. Se puede colocar un punto de tracción a través del lóbulo suricular para mantenerlo fuera del campo visual. La disección no debe llegar demasiado adelante porque los nervios se tornan muy superficiales al salir de la glándula. La fascia masetero-parotídea queda expuesta y puede verse la glándula parótida dentro de su cápsula. (Fig. 6)

-El mejor método para identificar el nervio facial es localizar y exponer el tronco principal en el sitio donde emerge

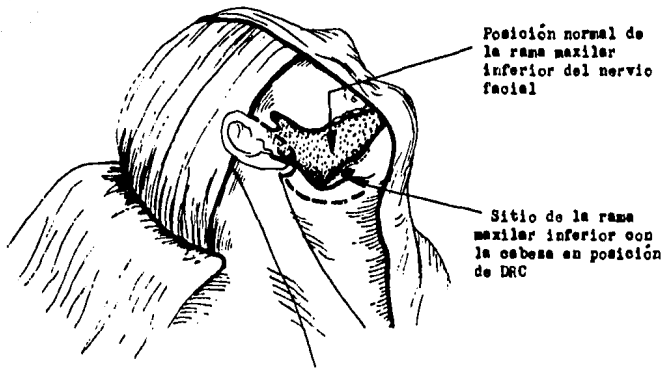


FIGURA No. 5 Posición del paciente para -
perotidectomía y sitio donde
debe de efectuarse la inci -
ción.

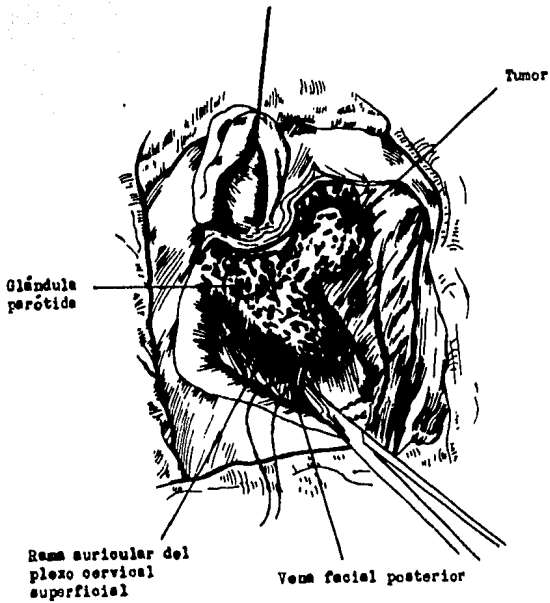


FIGURA No. 6 Retración de los colgajos y exposición de la glándula parótida.

del agujero estilomastoideo. Una vez reflejados los colgajos cutá -
 reos se disecciona la cola de la glándula del borde anterior del músou -
 lo esternocleidomastoideo. En este punto del procedimiento se puede
 sacrificar el nervio auricular mayor. No se suele ligar siempre la
 vena retrorrandibular, excepto durante la parotidectomía radical, -
 porque si esta ligadura se hace en nivel bajo puede aumentar el -
 sangrado retrógrado durante la disección. A continuación se separa
 la cápsula infero-posterior de la glándula del vientre posterior -
 del músculo digástrico y de la pared anterior de conducto auditivo -
 externo. Al efectuar ligadura de vasos sangrantes se debe de tener
 precaución de no pinzar el tumor ni violar su cápsula. Desde este -
 punto de la operación se emplean esponjas húmedas. Al separar el ló -
 bulo de la oreja se facilita la exposición de la apófisis mastoideas
 y la punta del cartílago conchal abajo, el llamado "puntero". El -
 nervio está más o menos a 1 cm. en la profundidad del puntero. El -
 cirujano puede aplicar un dedo en el espacio que está delante de la
 apófisis mastoideas para palpar la punta de la apófisis transversa -
 del atlas y justo por delante de ésta puede tocarse la apófisis es -
 tiloideas. Separando con suavidad la glándula hacia adelante aparece
 el tejido areolar blando estratificado sobre la prolongación estilo -
 maxilar de la glándula parótida. Después de salir del agujero esti -
 lomastoideo y pasar a través del ligamento estilomaxilar, el nervio
 facial transcurre dentro de esta prolongación glandular. Se liga -
 una pequeña rama de la arteria estilomastoidea, que es justo más -
 superficial que el nervio en este tejido, y entonces se ve el tronco

nervioso luego de una disección mínima de la prolongación glandular, una vez que se visualiza directamente el tronco, se separa la glándula del nervio abriendo una pinta mosquito en un plano justo superficial al nervio y paralelo a él. (Fig. 7)

-Se continúa la disección hacia la periferia, de modo que se escinde la porción superficial de la glándula justo por fuera del nervio facial. La división del nervio facial debe de visualizarse antes de que se presume que se ha diseccionado el tronco del nervio porque la situación de éste puede haber sido alterada por el tumor. La disección debe seguir hacia adelante a lo largo de cualquiera o todas las ramas principales, dependiendo la posición del tumor. No se intenta ligar el conducto parotídeo durante la parotidectomía superficial. En la parotidectomía subtotal se aísla el conducto y se le secciona en donde entra a la cavidad oral. (Fig. 8).

-Para los tumores de la porción profunda de la glándula parótida, una vez que se han aislado el tronco principal y la división cervico-facial del nervio facial, se reseca la apófisis estiloides para entrar en el espacio faríngeo lateral. La porción profunda de la glándula se separa hacia abajo y afuera, y se le reseca del resto de la glándula. En esta parte de la disección se protege el nervio facial con ganchos para nervios. La disección puede terminar en este punto o se puede escindir la porción superficial de la glándula en continuidad con la porción profunda, preservando e sa-

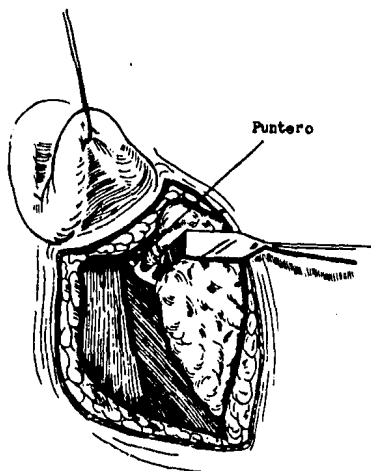


FIGURA No. 7 Exposición del tronco nervioso del facial. Se puede identificar la punta del cartilago conchal, el músculo esternocleidomastoideo y la glándula parótida.

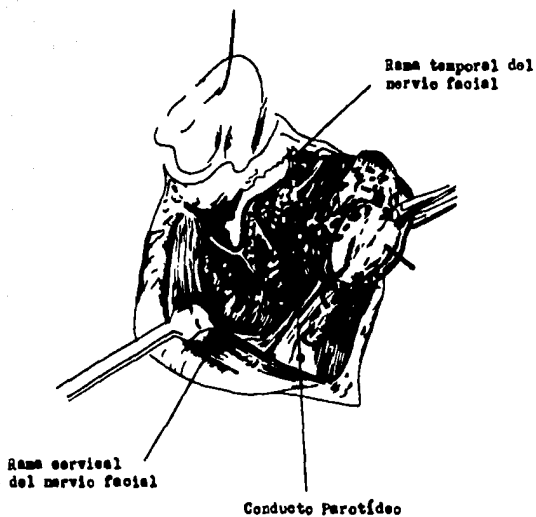


FIGURA No. 8 Exposición de la disección para lograr visualizar la división del nervio facial en sus ramas temporal y cervical.

-crificando el nervio facial, según se requiera.

-En ocasiones no se pueden sacar por la herida los tumores retromandibulares grandes después de haber resecado la epífisis estiloides. Baker y Conley recomiendan hacer una osteotomía en "V" en el ángulo del maxilar inferior con esta finalidad. Hecha la osteotomía, seccionese el músculo pterigoideo interno y traccione la mandíbula hacia adelante para exponer el espacio faríngeo lateral. La escisión del tumor puede complicarse por la íntima asociación con la arteria carótida interna, la trompa de Eustaquio y el cráneo.

-La herida se cierra por planos, por lo común con puntos de nylon continuos en la piel. El drenaje se hace con un catéter aspirador introducido más atrás, a través de una herida por contrabertura y puede retirarse al segundo o tercer día del postoperatorio y los puntos de sutura se retiran a los 5 o 7 días (28, 32). (Fig. 9).

5.2 COMPLICACIONES DE LA PAROTIDECTOMIA. Como ya se mencionó anteriormente, a todos los pacientes que sean sometidos a parotidectomía, deben de ser advertidos de antemano que pueden experimentar una debilidad temporaria en el territorio del nervio facial, la cual se presenta de acuerdo a la habilidad del cirujano para efectuar la cirugía. Así, Wood reporta un 3% de presentación de-

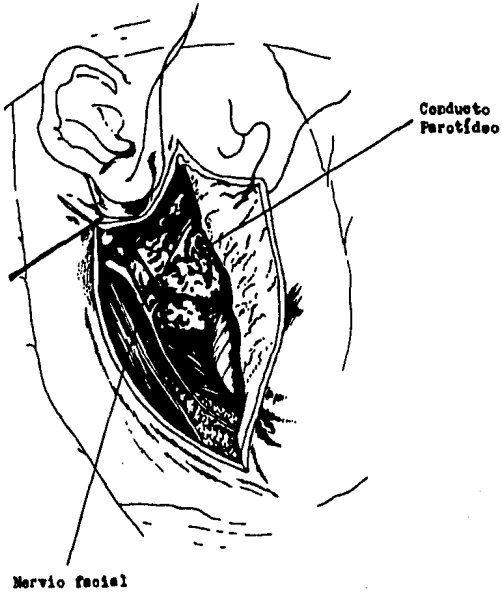


FIGURA No. 9 Exposición del nervio facial y sus ramas una vez que se ha terminado la parotidectomía. Se inicia el cierre de la herida.

parálisis del nervio facial en una serie de 1132 pacientes y sugiere que es posible descender este porcentaje hasta un 1% (14,19, - 24); por lo general esta alteración dura de 2 semanas hasta 3 meses.

El Síndrome de Frey, el cual es un síndrome aurículo temporal, es debido a la lesión del nervio aurículo-temporal y consiste en una sudoración en la región temporal al comer (sudoración gustatoria). Sutton y Trippel reseñaron los mecanismos postulados para explicar el fenómeno: las fibras parasimpáticas, interrumpidas en su trayectoria hacia la glándula parótida, pueden regenerarse e inervar las glándulas sudoríparas en el área abastecida por el nervio aurículo-temporal o bien, la pérdida de las vainas nerviosas de las fibras parasimpáticas y simpáticas que corren juntas en el nervio aurículo-temporal, permitiría la inervación cruzada de los impulsos. La ocurrencia de este síndrome es variable y depende de la acuidad del médico para investigarlo; se han reportado desde un 1% hasta un 40%. El tratamiento consiste, cuando es severo en la sección del nervio de Jacobsen o con crema de atropina o escopolamina. Si ninguna de estas medidas es exitosa y la condición es severa o incapacitante, la colocación de una malla de fascia lata o silástico entre la piel y el tejido subyacente puede ser efectiva.

Otras complicaciones que se han visto son Sialocoele, fístula salival, infección y hemorragia.

6.

PAROTIDECTOMIA Y DISECCION RADICAL DE CUELLO

6. PAROTIDECTOMIA Y DISECCION RADICAL DE CUELLO.

La disección regional terapéutica de los ganglios linfáticos está indicada en los ganglios cervicales positivos asociados con tumores parotídeos. La incidencia de metástasis regionales ocultas en tumores infiltrativos de alto grado de malignidad, es alta ya que presenta un porcentaje del 50%; por lo tanto, esta probabilidad se considera indicación para hacer una disección electiva de cuello. Cuando se trate de un tumor de grado bajo, la disección electiva de cuello proporciona escaso beneficio, ya que el índice de ganglios cervicales positivos es menor del 10% cuando se efectúa la parotidectomía. Puede efectuarse una disección cervical-electiva limitada, que mejora la reseccabilidad del tumor primario cuando existe invasión cervical por un carcinoma de grado bajo.

La invasión de la glándula por melanoma o carcinoma-epinocelular, la parotidectomía y la disección de los ganglios cervicales se combinan con la resección del tumor. En el caso del melanoma, puede ser suficiente una disección cervical supraomohioidea.

Una parotidectomía superficial debe ser el procedimiento de biopsia mínimo para masas discretas de la región parotídea. La Parotidectomía también incluye una disección regional alta del cuello como un procedimiento de estadificación patológica. Una disección de nodos regionales altos de pacientes quienes tienen tu-

-mor maligno sin evidencia clínica de metástasis a nodos cerviciales pueden también ayudar a proveer un margen de resección de tejido blando extra y mejorar la exposición. En suma, la enfermedad microscópica subclínica puede ser detectada dentro de los nodos disecados y en estas circunstancias la disección limitada del cuello puede ser convertida a una disección radical de cuello o la radiación post-operatoria puede ser seleccionada como tratamiento adicional.

El tratamiento quirúrgico agresivo durante la parotidectomía es justificado en pacientes con tumores localmente invasivos. Las rutas de extensión del tumor en adición al nervio facial, incluyen los nervios auricular mayor y aurículo-temporal. La extensión a hueso puede afectar la mandíbula, arco cigomático o hueso temporal. Tumores altamente agresivos tienden a diseminarse por extensión directa a el cuello alto, la mandíbula y músculos maseteros la articulación temporomandibular y ocasionalmente a lo largo de la base del hueso temporal, dentro de la fosa infratemporal con afectación de los músculos pterigoideos. La piel y el conducto auditivo externo son también frecuentemente invadidos. Un abordaje quirúrgico para los tumores localmente agresivos requiere sacrificio de cualquier estructura que pueda ser invadida por el tumor (11,25).

7.

MATERIALES Y METODOS

7. MATERIALES Y METODOS.

Se efectuó una revisión retrospectiva en el Departamento de Cirugía General en su Sección de Cirugía de Cabeza y Cuello, del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" - del I.M.S.S., en la cual se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes operados de parotidectomía durante el período de tiempo del 1ro. de Agosto de 1981 al 30 de Junio de 1986.

Los datos investigados son: edad, sexo, tiempo de evolución del padecimiento, características clínicas del mismo, estudios de gabinete efectuados, diagnóstico histopatológico, cirugía practicada, complicaciones post-operatorias y seguimiento del curso post-operatorio.

Se ordenaron tres grupos de pacientes de la manera siguiente: los pacientes con procesos inflamatorios se incluyen en uno, los pacientes con tumores benignos de parótida se incluyen en un segundo grupo y los pacientes con tumores malignos de la glándula parótida forman el tercer grupo. Se hizo un análisis comparativo entre las diferentes variables estudiadas.

Se excluyeron todos aquellos pacientes con patologías de la glándula parótida que no fueron intervenidos quirúrgicamente. Los resultados se exponen de una forma narrativa y mediante la elaboración de cuadros se propensionará de una forma más sencilla la interpretación de éstos.

8.

RESULTADOS

8. RESULTADOS.

Se revisaron 38 casos de pacientes operados por patología de la glándula parótida en el período de tiempo del 1.º de Agosto de 1981 a Junio de 1986, en el Departamento de Cirugía General, Sección de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" del I.M.S.S.

Del total de los casos, 6 pacientes presentaron padecimientos de tipo inflamatorio (16%), 20 tuvieron tumores benignos (53%) y 12 presentaron tumores malignos de la glándula parótida (31%) (Cuadro No. 1).

El tipo de procesos inflamatorios fueron: quiste epidermoide en 2 pacientes (33%), sialadenitis crónica en 2 pacientes, enfermedad de Mikulicz en 1 paciente (17%) y enfermedad de Sjögren en 1 paciente (17%) (Cuadro No. 2).

La Distribución de acuerdo al tipo histopatológico para los tumores benignos fue: el adenoma pleomórfico o tumor mixto de parótida ocupó el primer lugar en frecuencia, tanto para el total de pacientes con tumores benignos como para el resto de patologías de la glándula parótida con un número de 14 pacientes que correspondió al 70% de todos los tumores benignos; el segundo lugar lo ocupó el tumor de Warthin con 4 pacientes (20%), siguiéndole el

PATOLOGIA	No. de Casos	Porcentaje
Procesos Inflammatorios	6	16
Tumores Benignos	20	53
Tumores Malignos	12	31
TOTAL	38	100%

Cuadro No. 1 Pacientes operados de Parotidectomía; distribución por tipo de patología. (H.E.C.M.R.).

Tipo Histopatológico	No. de pacientes	Porcentaje
Quiste Epidermoide	2	33
Sialadenitis crónica	2	33
Enfermedad de Mikulicz	1	17
Enfermedad de Sjögren	1	17
TOTAL	6	100%

Cuadro No. 2 Procesos Inflammatorios de Parótida; Tipos Histopatológicos. (H.E.C.M.R.).

adenoma oxifilico (oncocitoma) y el Schwannoma benigno con 1 paciente cada uno respectivamente (5%) (Cuadro No. 3).

Tipo Histopatológico	No. de pacientes	Porcentaje
Adenoma Pleomórfico (Tumor mixto)	14	70
Tumor de Warthin	4	20
Adenoma Oxifilico (Oncocitoma)	1	5
Schwannoma Benigno	1	5
TOTAL	20	100%

Cuadro No. 3 Tumores Benignos de Parótida: tipos histopatológicos. (H.E.C.M.R.).

De los doce pacientes con tumores malignos 4 fueron clasificados como carcinoma mucosidermoide (33%), 3 como tumores metastásicos a ganglios parotídeos (25%), teniendo como tumor primario en 2 melanoma maligno (mentón y lóbulo de la oreja respectivamente, ambos del lado izquierdo) y 1 se desconoce; como carcinoma escamoso poco diferenciado 1 (8.3%), y como linfoma maligno, carcinoma adenoquistico, carcinoma enapléico y carcinoma de células solares un caso para cada uno, correspondiéndoles el 8.3% respectivamente. (Cuadro No. 4).

TIPO HISTOPATOLOGICO	No. de Pacientes	Porcentaje
Carcinoma Mucocépidermoide	4	33
Tumores Metastásicos a ganglios Preparotídeos	3	25
Carcinoma Escamoso poco diferenciado	1	8.3
Linfoma Maligno	1	8.3
Carcinoma Adenoquistico	1	8.3
Carcinoma Anaplasico	1	8.3
Carcinoma de células acinares	1	8.3
TOTAL	12	100%

Cuadro No. 4 Tumores malignos de Parótida: tipos histopatológicos. (H.E.C.M.R.).

La edad en el diagnóstico de la patología parotídea varió de 14 a 83 años, presentándose la mayor frecuencia en la sexta década de la vida, siguiéndole en orden descendente la quinta década (cuadro No. 5). El promedio de edad para los pacientes con procesos inflamatorios benignos parotídeos fué de 58 años con un rango de 43 a 80 años; para los tumores benignos de 49 años (ran-

-go 24-83 años) y para los tumores malignos fué de 54 años (rango - de 14-81 años), con un promedio de edad global del 52 años (cuadro No. 6). La paciente que menor edad tuvo fué una mujer de 14 años - con diagnóstico de Carcinoma Mucoepidermoide grado III (alto grado).

EDAD EN AÑOS	No. de Pacientes	Porcentaje
0 - 9	-	-
10 - 19	1	2
20 - 29	4	11
30 - 39	4	11
40 - 49	6	15
50 - 59	12	31
60 - 69	3	8
70 - 79	4	11
80 - 89	4	11
90 ó más	-	-
TOTAL	38	100%

Cuadro No. 5 Pacientes operados de Parotidectomía: distribución por grupos de edad.

PATOLOGIA	Promedio de edad	Límites de Edad
Procesos Inflamatorios	58 años	43 - 80
Tumores Benignos	49 años	24 - 83
Tumores Malignos	54 años	14 - 81
GLOBAL	52 años	14 - 83

Cuadro No. 6 Pacientes operados de Parotidectomía: distribución por promedio de edad y tipo de patología. (H.E.C.M.R.).

PATOLOGIA	Hombres		Mujeres	
	No.	%	No.	%
Procesos Inflamatorios	1	6	5	23
Tumores Benignos	11	69	9	41
Tumores Malignos	4	25	8	36
TOTAL	16	100%	22	100%

Cuadro No. 7 Pacientes operados de Parotidectomía: distribución por tipo de patología y sexo. (H.E.C.M.R.).

El sexo femenino fué el más afectado en los padeci -
mientos malignos con un 36%, al igual que en los procesos inflamato -
rios benignos (23%). En la distribución de tumores benignos se vió-
afectado principalmente el sexo masculino con un 69%. La predomina -
cia global fué en el sexo femenino con un 58% sobre el masculino -
(42%) (Cuadro No. 7).

El tiempo promedio de evolución de la sintomatología
fué para los procesos inflamatorios de 78 meses (6.5 años) con un
rango de 4-240 meses (20 años); para los tumores benignos fué de 36
meses (3 años) con rango de 3-240 meses y para los tumores malignos
de 7 meses con un rango de 1-24 meses (Cuadro No. 8). Se presentó -
tumorcación palpable en el 100% de los casos de procesos inflamato -
rios y tumores benignos, mientras que en la patología maligna solo-
en el 83% de los casos, debido a que en 2 de los pacientes eran sólo
metástasis detectadas mediante estudio histopatológico de un melano -
ma maligno. El dolor se presentó en los procesos inflamatorios en 2
pacientes (33%), en los tumores benignos en 5 pacientes (25%) y en-
los tumores malignos en 4 pacientes (33%). Ningún paciente presentó
alteraciones del territorio del nervio facial preoperatoriamente -
(Cuadro No. 9). El lado predominantemente afectado en los tumores -
benignos fué la parótida derecha en 14 pacientes (70%), en los pro -
cesos inflamatorios también predominaron la parótida derecha (66%),
mientras que en los pacientes con tumores malignos la frecuencia de
presentación fué igual para cada una de las glándulas parótidas -
(Cuadro No. 10).

PATOLOGIA	Tiempo Promedio	Rango
Procesos inflamatorios	78 meses	4 - 240
Tumores Benignos	36 meses	3 - 240
Tumores Malignos	7 meses	1 - 24

Cuadro No. 8 Pacientes operados de Parotidectomía; tiempo promedio de evolución del padecimiento de acuerdo al tipo de Patología (meses). (H.E.C.M.R.).

SINTOMAS	Procesos inflamatorios		Tumores Benignos		T. malignos	
	No.	%	No.	%	No.	%
Dolor	2	33	5	25	4	33
Tumor	6	100	20	100	10	83
Parálisis Facial	-	-	-	-	-	-

Cuadro No. 9 Pacientes operados de Parotidectomía. Presentación clínica de acuerdo al tipo histopatológico. (H.E.C.M.R.).

PATOLOGIA	Parótida Derecha		Parótida Izquierda		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Procesos Inflammatorios	4	66	2	34	6	100
Tumores Benignos	14	70	6	30	20	100
Tumores Malignos	6	50	6	50	12	100

Cuadro No. 10 Pacientes operados de Parotidectomía: distribución - por tipo de patología y lado afectado.

El tipo de cirugía practicada en los pacientes con padecimientos inflamatorios fué exisión local en 1 paciente (17%), parotidectomía superficial en 4 (66%) y parotidectomía total en 1 paciente (17%) (Cuadro No. 11). Para los pacientes con tumores benignos se practicó exisión local de tumoración en 5 pacientes (25%); 2 fueron pacientes con tumor de Warthin, 2 con adenoma pleomórfico y 1 con Schwannoma benigno. Se practicó parotidectomía superficial en 11 pacientes (55%) y en 4 parotidectomía total (20%). No hubo ninguna cirugía combinada. En los pacientes con tumores malignos, a 1 se le efectuó tumorectomía (8%) el cual tuvo diagnóstico de carcinoma anaplásico, 1 con parotidectomía superficial (8%) con diagnóstico de linfoma, 2 pacientes se les practicó parotidectomía total (17%) y en 8 pacientes cirugía combinada consistente en per-

-tídectomía total con disección radical de cuello (67%) (Cuadros Nos. 12 y 13).

CIRUGIA PRACTICADA	No.	Porcentaje
Excisión local de tumoración o Bosis	1	17
Parotidectomía superficial	4	66
Parotidectomía total	1	17
Parotidectomía total con disección radical de cuello	-	-
TOTAL	6	100%

Cuadro No. 11 Tipo de cirugía practicada en pacientes con procesos inflamatorios de la glándula parotida. (N.E.C.M.E.)

Hubo un total de 22 complicaciones en los 38 pacientes operados de parotidectomía; la distribución de acuerdo al tipo de complicación y proceso patológico de fondo la podemos observar en el cuadro No. 14.

De los pacientes con tumores benignos, 8 presentaron parálisis del nervio facial (40%) de los cuales en 7 sólo fue temporal y 1 se envió a rehabilitación, éste no acudió a control -

CIRUGIA PRACTICADA	No.	Porcentaje
Excisión local de tumoración o Biopsia	5	25
Parotidectomía Superficial	11	55
Parotidectomía Total	4	20
Parotidectomía Total con disección radical de cuello	-	-
TOTAL	20	100%

Cuadro No. 12 Tipo de cirugía practicada en pacientes con tumores benignos de la glándula parótida. (H.E.C.M.R.).

CIRUGIA PRACTICADA	No.	Porcentaje
Excisión local de tumoración o Biopsia	1	8
Parotidectomía Superficial	1	8
Parotidectomía total	2	17
Parotidectomía total con disección radical de cuello	8	67
TOTAL	12	100%

Cuadro No. 13 Tipo de cirugía practicada en pacientes con tumores malignos de la glándula parótida. (H.E.C.M.R.).

posterior por lo cual se desconoce su evolución; 4 pacientes presentaron infección de herida quirúrgica (20%) con su recuperación total en todos los pacientes, 1 formó hematoma en el sitio de la herida (5%) resolviéndose satisfactoriamente y 1 seroma de la herida quirúrgica (5%), siendo un total de 14 complicaciones. En los pacientes con tumores malignos, 2 presentaron parésia del facial (17%), la cual no se había resuelto hasta el momento de su última evaluación, a 3 pacientes (25%) fué necesario sacrificar el nervio facial al momento de la cirugía por invasión tumoral del mismo, - 1 paciente con diagnóstico de carcinoma mucocépidermoide grado III (alto grado) le fué practicada transposición del músculo temporal, con buena respuesta a la misma; hubo 1 infección de herida quirúrgica con persistencia de granuloma por material de sutura, siendo un total de 6 complicaciones (50%).

En los pacientes con padecimientos inflamatorios, - solo 1 paciente (17%) presentó parésia del nervio facial la cual no se había resuelto en el momento de su última cita, hubo 1 infección de herida quirúrgica; siendo un total de 2 complicaciones. No se presentó Síndrome de Frey para ningún tipo de padecimientos. - (Cuadro No. 14).

El tiempo promedio de seguimiento para los pacientes con padecimientos de tipo inflamatorio fué de 8 meses con un rango de 1 - 15 meses. Para los pacientes con tumores benignos fué también de 8 meses con un rango de 1 - 60 meses, se presentó 1 ra-

COMPLICACION	Tumores Benignos	Tumores Malignos	Procesos inflamatorios	TOTAL
Parésia Facial	8	2	1	11
Secoión Facial	-	3	-	3
Infección de Herida Quirúrgica	4	1	1	6
HEMATOMA	1	-	-	1
SECOMA	1	-	-	1
Total de Complicaciones	14	6	2	22
No Hubo Complicaciones	8	7	4	19

Cuadro No. 14. Pacientes operados de Parotidectomía: distribución por tipo de patología y complicaciones de la cirugía.

-cidiva en un paciente con diagnóstico de adenoma pleomórfico el -
cuel se le había practicado parotidectomía superficial derecha 5 -
años previos (60 meses), se encuentra pendiente de nueva program -
ación quirúrgica.

El tiempo de seguimiento para los pacientes con pato -
logía tumoral maligna es de 13 meses en promedio, con el rango de -
1 - 46 meses. De éstos pacientes, 7 (58%) están actualmente sin da -

-tos de actividad tumoral, 4 (34%) se desconoce su evolución debido a que se enviaron a manejo de radioterapia y no habían acudido a su cita de control al servicio y 1 paciente (8%) con diagnóstico de carcinoma adenoquistico presentó actividad tumoral aún posterior a la cirugía de disección radical de cuello, con metástasis a cerebro (Cuadro No. 15).

PATLOGIA	PROMEDIO	RANGO
Procesos Infeccionales	8 meses	1 - 15 meses
Tumores Benignos	8 meses	1 - 60 meses
Tumores Malignos	13 meses	1 - 46 meses
GLOBAL	10 meses	1 - 60 meses

Cuadro No. 15 Pacientes operados de Parotidectomía; tiempo promedio de seguimiento post-operatorio.

Se efectuó un total de 9 sialografías de las cuales 1 se reportó como normal en 1 paciente con padecimiento maligno y en ninguna se mostraron datos que pudieran ayudar al diagnóstico diferencial en malignidad y benignidad. No hubo mortalidad operatoria y hasta el momento de la elaboración de la presente revisión no se había presentado ningún fallecimiento debido a la patología de la glándula parótida.

9.

DISCUSSION

9. DISCUSION.

La glándula parótida es afectada por una amplia gama de patologías tanto benignas como malignas. El tumor benigno más frecuente que se presentó en nuestro grupo de pacientes fué el Adenoma pleomórfico de parótida, ocupando el 70% del total de tumores benignos; esto se ha visto que correlaciona con las estadísticas de la literatura mundial en las cuales se reporte una frecuencia que va del 50 al 80% (8,28,29,30,33,34,35). El tumor de Warthin ocupa el segundo lugar de los tumores benignos de la glándula parótida; en nuestro estudio se presentó en 4 pacientes (20%), en series mayores publicadas constituyen también un grupo importante después del adenoma pleomórfico (30). Los Adenomas oxifílicos, aunque raros, en nuestra serie de pacientes ocupó el 5% del total (1 paciente). La glándula parótida además de verse afectada por tumores originados en el epitelio glandular, también se desarrollan tumores a partir del tejido mesenquimatoso. Así pues, en nuestro grupo de pacientes se presentó un caso de Schwannoma benigno.

El tratamiento quirúrgico para el adenoma pleomórfico o tumor mixto es la parotidectomía superficial o total con preservación del nervio facial (1,2,3,8,14,16,19,29,30,33,34), ya que con la sola tumorectomía el índice de recidiva alcanza desde un 13.6% hasta un 44%, y una justificación importante es la malignia

-ción hasta de un 10% de los casos. En el caso del tumor de Warthin se aconseja como tratamiento quirúrgico al igual que con el resto de tumores benignos, la parotidectomía superficial o parotidectomía conservadora total a excepción de aquellos casos en los que el tumor es muy pequeño y se encuentre muy por debajo, en el polo inferior de la glándula, ya que en éste tipo de tumores el índice de recidiva es prácticamente nulo (30).

La cirugía practicada en los casos de tumores benignos fue exéresis de la tumoración en 2 pacientes con adenoma pleomórfico y en 2 con tumor de Warthin; el Schwannoma benigno también fue resecado mediante esta técnica. Para el resto de los padecimientos tumorales benignos se practicaron: 11 parotidectomías superficiales (55%) y 4 parotidectomías totales (20%). Se presentó una recidiva de 1 paciente con tumor mixto de parótida, la cual fue posterior 5 años a parotidectomía superficial (5%). Byarden reporta un índice de recidiva de 1 a 2% con la exéresis del tumor con margen de tejido sano adecuado, y Onken no ha tenido ninguna recidiva en una experiencia de 16 años, aunque él lo atribuye al pequeño número de pacientes que ha manejado (18). Para el resto de los tumores benignos no se han presentado recidivas hasta el momento.

El tiempo de seguimiento para estos pacientes es de un promedio de 8 meses con un rango de 1 a 60 meses, el cual efectivamente aún es muy corto para poder valorar un porcentaje real de recidivas y el grupo de pacientes aún es pequeño.

Los tumores malignos ocuparon el 31% del total de la patología de la glándula parótida, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura mundial (28,29,34). El tipo histopatológico que ocupó el primer lugar fué el carcinoma mucocelidermoide con un 33% del total de los tumores malignos. Este tipo de tumor es la neoplasia maligna más común de las glándulas salivales y se presenta más frecuentemente en la glándula parótida (7,28,29). En nuestro grupo estudiado el segundo lugar lo ocuparon los tumores metastásicos a ganglios pre-parotídeos (25%).

Del resto de tumores malignos se presentó un caso de carcinoma escamoso poco diferenciado, 1 de linfoma maligno, 1 de carcinoma adenoquistico, 1 carcinoma anaplásico y 1 con carcinoma de células acineras (8.3% para cada uno de los casos) y coinciden con la frecuencia de presentación de la literatura revisada.

Como sabemos, el carcinoma adenoquistico es uno de los tipos tumorales que presentan metástasis a distancia por vía hematogena, el caso estudiado en nuestra serie presentó metástasis cerebrales y actividad importante tumoral regional aún después de habersele practicado disección radical de cuello. En la serie reportada por Woods y col. (30), se encuentran 2 pacientes con carcinoma adenoquistico, los cuales presentaron recidivas en varias ocasiones, uno de los pacientes hasta en 9 ocasiones. En la paciente de nuestra serie el número de recidivas fué de 3.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

La cirugía practicada en estos tumores fué: Tumorec tomía en 1 paciente con carcinoma anaplásico; el paciente con lin- foma como diagnóstico, se le practicó parotidectomía superficial ; en dos pacientes se practicó parotidectomía total (17%) y en el -- resto (67%) de los casos se practicó cirugía combinada (parotide ctomía total con disección radical de cuello). Dichos criterios qui rúrgicos para los padecimientos malignos se encuentran aceptados - en la literatura mundial, debido al alto índice de infiltración tu moral microscópica existente en los nodos linfáticos regionales. - La cirugía inicial puede ser parotidectomía total con disección al ta del cuello de los nodos linfáticos y en caso de positividad ter minar en una disección radical de cuello (11). Aunque debe de indi vidualizarse el procedimiento quirúrgico adecuado para cada uno de los casos, ya que pueden variar de acuerdo al tipo histopatológico y el estadio clínico en que se encuentre la patología.

El sacrificio del nervio facial debe de llevarse a - cabo en todos aquellos pacientes que por la localización del tu mor o la infiltración del nervio por el mismo lo ameritan; este - procedimiento es mejor a que se presenten recidivas por resección- ir adecuada de la tumoración. El tiempo de seguimiento post-quirú r gico fué en promedio de 13 meses con límite de 1 a 46 meses, el - cual aún no es suficiente para valorar la supervivencia a 5 años - posteriores al tratamiento quirúrgico establecido. De cualquier - forma, a esos 4 años de seguimiento en la paciente con carcinoma -

Mucoepidermoide de alto grado, se encuentra libre de actividad tumoral, siendo que para este tipo de tumores el porcentaje de supervivencia a 5 años libre de enfermedad es del 10%.

En los casos de procesos inflamatorios benignos, ocupan la máxima frecuencia la sialadenitis crónicas junto con los quistes epidermoides con un 33% para cada uno; la enfermedad de Mikulicz ocupó el 17% (1 paciente) y la enfermedad de Sjögren tuvo el mismo porcentaje de presentación. El tipo de cirugía practicada en estos padecimientos fué del 17 % excisión local, parotidectomía superficial (66%) y parotidectomía total en un 17%, sin indicios de recurrencia en un promedio de seguimiento de 8 meses con un rango de 1 a 15 meses.

Los datos clínicos de importancia para el diagnóstico de una masa parotídea son las características propias de la masa y la presencia o no de parálisis facial persistente, ésta última debe ser considerada como un criterio definitivo de malignidad (20).

Las complicaciones post-operatorias que se presentaron inherentes al procedimiento quirúrgico fueron parésia del facial en un 40% de los casos de tumores benignos (8 pacientes), de los cuales en 7 hubo recuperación del 100% y en 1 hubo necesidad de rehabilitación. En cuanto a los tumores malignos, esta complicación se presentó en el 17% de los casos (2 pacientes) siendo ésta-

permanente. En 3 pacientes (25%) fué necesario sacrificar el ner-
vio facial por la invasión tumoral de éste. De estos pacientes, en
uno se practicó transposición de músculo temporal con buenos resul
tados post-operatorios.

El síndrome de Frey, el cual se presenta en un 13 -
el 40% de los casos, en la presente serie no se documentó ningún-
caso, lo cual es debido probablemente a que se presentó de una for
ma tan leve que no fué detectada la sintomatología por el paciente
o por falta de minuciosidad del médico para investigarlo.

La sialografía no tuvo un papel importante en el --
diagnóstico de la patología de la glándula parótida, en cuanto a -
diferenciación de proceso maligno o benigno se refiere.

10.



CONCLUSIONS

10. CONCLUSIONES.

La parotidectomía se encuentra indicada en la mayoría de procesos neoplásicos que afectan a la glándula parótida. El tratamiento actualmente aceptado para los procesos tumorales benignos es la parotidectomía superficial y solo con escasas excepciones la excisión local de la tumoración, pero siempre y cuando que ésta se practique debe ser tomando un margen adecuado de tejido normal (tumor de Warthin). Este tipo de manejo ha pasado a dejarse en desuso para el adenoma pleomórfico o tumor mixto de parótida -- por el elevado índice de recidiva que presenta (13,6 a 44%) y por el riesgo de malignización del tumor de aproximadamente el 10% de los casos.

El tratamiento de elección para el adenoma pleomórfico o tumor mixto de parótida es la parotidectomía superficial ó parotidectomía total conservadora con preservación del nervio facial.

En los padecimientos malignos, el procedimiento quirúrgico efectuado debe ser parotidectomía total combinada con disección radical de cuello, debido al elevado porcentaje que se presenta de infiltración microscópica de los ganglios locoregionales. Debe de individualizarse el criterio quirúrgico para cada paciente, de acuerdo al tipo histopatológico de la lesión y la etapa

clínica en que se encuentre.

Por lo menos 2 principios fundamentales deben ser llevados a cabo en el tratamiento quirúrgico de los tumores de la glándula parótida. Primero, el tumor debe de ser completamente resecado, siempre con un adecuado margen de tejido normal. Segundo, el daño del nervio facial debe de ser evitado siempre que sea posible, incluso en grado bajo de malignidad. La Recurrencia es debida principalmente a una extirpación inadecuada del tumor u otras inplantaciones de células tumorales por sección del tumor o restos de fragmentos pequeños de la cápsula de un adenoma pleomórfico en la herida.

La resección inadecuada es usualmente un resultado del temor a dañar el nervio facial, puesto que la parotidectomía es básicamente una disección del nervio facial. En aquellos casos en los que se amerite de sección del nervio facial por encontrarse invadido por proceso tumoral debe sacrificarse y posteriormente se debe de intentar la reparación de la secuela que esto ocasiona.

11.

BIBLIOGRAFIA

11. BIBLIOGRAFIA.

1. E. ZOA CHANG AND W. C. LEE. Surgical Treatment of Pleomorphic - Adenoma of the Parotid Gland: Report of 110 cases. J. Oral Maxillofac Surg. 43: 680-682, sept. 1985.
2. G.T. Watkin and M. HOBSLEY. Influence of local surgery and - radiotherapy on the natural history of pleomorphic adenomas. Br. J. Surg. 73 (1): 74-6, jan 1986.
3. K. LINDSEY STEVENS AND M. HOBSLEY. The treatment of pleomorphic - adenomas by formal parotidectomy. Br. J. Surg. 69 (1): 1-3, - jan. 1982.
4. JERRY S. CHAPNIK. The controversy of Warthin's Tumor. Laringos - cope 93 (6): 695-716, jun. 1983.
5. G. T. WATKIN, K.A. MOLENNAN AND M. HOBSLEY. Lymphomas presenting - as lumps in the parotid region. Br. J. Surg. 71(9): 701-2, - sept. 1984.
6. RICHARD D. NICHOLS, et. al. Lymphoma and The Parotid Gland. - Laryngoscope 92 (4): 365-9, apr. 1982.
7. ANN SMITH, et. al. Mucoepidermoid Carcinoma Arising in an Intra - parotid Lymph Node. Cancer 55: 400-403, Jan. 1985.
8. K. R. FORBITT, et. al. Parotid Tumours in a District General - Hospital. Br. J. Clin. Pract. 38(11-12): 7,391, nov.-dic. 1984.
9. O. YJOLFSSON, et. al. Sialography and CT-Sialography in The - Diagnosis of Parotid Masses. Acta Radiol. (Diagn), - 25(5): 361-4, 1984.
10. RAYMOND F. MORGAN, et. al. A Comparative Analysis of the - Clinical, Sialographic, and Pathologic Findings in Parotid - Disease. Am. Surg. 51(11): 664-7, nov. 1985.
11. GILCHRIST L. JACKSON, et. al. Results of Surgery Alone and - Surgery Combined with Postoperative Radiotherapy in the Treatment of cancer of the Parotid Gland. Am. J. Surg. - 146(4): 497-500, oct. 1983.
12. PAUL W. SEULTZ AND JOHN S. WOODS. Subtotal Parotidectomy in the - Treatment of Chronic Sialadenitis. Ann. Plast. Surg. - 11(6): 459-61, dec. 1983.

13. CROSS JF Jr. Benign Parotid Tumors. Arch. Otorhinolaryngol - 109(3): 199, mar 1983.
14. HUGHES R. G., LYOMS T. J., Parotid Tumours. Lancet, - 8: 1 (8280); 1080, may 1982.
15. AL-FALLOUWI M.A.R. Traumatic Partial Parotidectomy, J. Trauma- 24(5): 446-7, may. 1984.
16. WOODS J.E. Parotidectomy Versus Limited Resection for Benign - Parotid Masses. Am. J. Surg. 149(6): 749-50, jun. 1985.
17. WOODS J.E. The Facial Nerve in Parotid Malignancy. Am. J. Surg. 146(4): 493-6, oct. 1983.
18. OWEN HENRY D. Surgical Management of Parotid Gland Tumors. - Ann. Plast. 7(3): 257, sep. 1981.
19. WOODS J.E. Parotid Tumour Surgery. Lancet, 15:1 (8281): 1130, may. 1982.
20. PAPANICOLAOU L. et. al. Facial Nerve Paralysis in the presence - of a benign Parotid Tumor. Arch. Otorhinolaryngol. - 108(7): 458-9, jul. 1982.
21. FER WILLARD S., HANSEN CYNTHIA. Parotid Gland Surgery Using - the Shaw Hemostatic Scalpel. Arch. Otorhinolaryngol. - 110(11): 739-41, nov. 1984.
22. WOODS J.E. Parotidectomy: Points of Technique for brief and - Safe Operation. Am. J. Surg. 145(5): 678-83, may. 1983.
23. WANG DA ZHANG, et. al., A modified Centripetal Approach to - Parotidectomy. J. Oral Maxillo fac. Surg., - 43(1): 14-9, jan. 1985.
24. LANGDON JOHN D. Complications of Parotid Gland Surgery. - J. Maxillofac. Surg., 12(5): 225-9, oct. 1984.
25. SANTINI HECTOR, et. al. Melanoma Metastatic to Cervical and - Parotid nodes from an Unknown Primary Site. Am. J. Surg. - 150: 510-512, oct. 1985.
26. TESTUT L., LATARJET A. Anatomía Humana. Tomo IV. Ed. Salvat - 1984, Barcelona, España.
27. SKARDALAKIS JOHN E. Complicaciones anatómicas en cirugía gen- - ral. Ed. Mc. Graw Hill. México, 1983.

28. NYHUS LLOYD M., BAKER ROBERT J. El dominio de la Cirugía. - tomo I. Ed. Panamericana, 1986.
29. SCHWARTZ SEYMOUR I. Principles of Surgery. Ed. Mc. Graw Hill. - 4a. Ed., 1984.
30. CLINICAS QUIRURGICAS DE NORTEAMERICA. Cirugía de Cabeza y Cuello (Primera Parte). Ed. Interamericana, 1977.
31. MADDEN JOHN L. Atlas de Técnicas en Cirugía. Ed. Interamericana, 2da. Ed., 1977.
32. ZOLLINGER ROBERT M., ZOLLINGER ROBERT M. Jr., Atlas de Cirugía. 4a. Ed. Ed. Interamericana, 1984.
33. PETERSON. Oncología. Ed. MYR, 1980.
34. MORA PAUL F. Cirugía General. Principios y Técnicas. Ed. Salvat, 1975.
35. HARDY. Cirugía. Ed. Panamericana, 1985.
