

Hospital General Povoicial Docente "Carlos Manuel de Céspedes". Bayamo, Granma

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA PAROTIDECTOMÍA SUBTOTAL PARA TUMORES MIXTOS

Dr. Manuel Estrada Sarmiento¹ Lic. Isel Virelles Espinosa² y Dr. Francisco Fernández Vega Barreto³

RESUMEN

Se realiza una investigación retrospectiva de las historias clínicas de 31 pacientes con tumor mixto de la glándula parótida consecutivamente tratados con una parotidectomía subtotal en nuestro Departamento, desde 1979 hasta 1983, ambos inclusivos. De los 31 pacientes 12 eran masculinos (38,7 %) y 19 femeninos (61,3 %). La parótida derecha fue la más afectada; la incisión quirúrgica de Blair se empleó en 19 pacientes. La paresia del nervio facial se presentó en el 32,2 % de la serie. La apreciación de la supervivencia y el control local a los 10 y 15 años fueron de 90,3 y 0 % y 80,6 % y 0, respectivamente.

DeCS: NEOPLASMAS DE LA PAROTIDA/cirugía; NEOPLASMAS DE LAS GLANDULAS SALIVALES/cirugía; ADENOMA PLEOMORFICO/cirugía.

Los tumores de las glándulas salivales no son neoplasias frecuentes dentro de las neoplasias que afectan al ser humano, y significan del 2 al 3 % en las series europeas y norteamericanas.¹

Los procesos tumorales limitados a las glándulas salivales principales, son de frecuente observación en cirugía general, maxilofacial y otorrinolaringología, servicios en los que, indistintamente, se realiza el diagnóstico y tratamiento de estas entidades patológicas.²

Los tumores de la glándula parótida constituyen un capítulo de interés para la mayor parte de las disciplinas médicas, en especial para aquellos que practican la cirugía de la cabeza y el cuello.

Estos tumores son poco frecuentes, pero muy importantes, fundamentalmente en los aspectos quirúrgicos donde es necesaria una meticulosa disección en una zona difícil para culminar la operación sin lesión iatrogénica del nervio facial, y dejar al paciente libre del tumor.^{3,4}

¹ Especialista de II Grado en Cirugía Máxilofacial. Profesor Auxiliar.

² Licenciada en Enfermería. Jefa de Enfermeras de la Sala de Cirugía.

³ Especialista de I Grado en Caumatología.

El así denominado tumor mixto, representa una de las afecciones más interesantes de las glándulas salivales, por su mayor frecuencia, su preferente localización parotídea, su compleja histogénesis y su carácter evolutivo, en donde se destaca su lento crecimiento y su posible transformación maligna.⁵

El término *tumor mixto* se usó primero por Broco en 1886 para describir esta lesión, y fue más tarde popularizado por Minssen en 1974.⁶ En tiempos más recientes el término *adenoma pleomorfo* se ha usado.⁷⁻⁹

El objetivo de este trabajo es analizar los resultados logrados a largo plazo (10 y 15 años) con la parotidectomía subtotal para los adenomas pleomorfos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de las historias clínicas de 31 pacientes hospitalizados con diagnóstico histopatológico de tumor mixto parotídeo, los cuales fueron tratados consecutivamente con una parotidectomía subtotal en nuestro Departamento desde 1979 hasta 1983, ambos inclusive.

Para la obtención de los datos se apoyó en la ayuda de los departamentos de Codificación, Archivo y Anatomía Patológica, donde se revisaron los informes operatorios, historias clínicas y protocolos de biopsias.

Del análisis de las historias clínicas se extrajeron y analizaron como variables estadísticas: edad, sexo, localización, incisiones quirúrgicas utilizadas, valoración inmediata, definitiva y permanente de paresia y parálisis facial, sobrevivencia global, que se determinó postratamiento hasta la curación o muerte del enfermo (SV) y el intervalo libre de enfermedad (ILE), que es el espacio de tiempo que media en-

tre la erradicación clínica del tumor mixto y su reaparición.

Los resultados se expresaron en tablas y los datos se resumieron en porcentajes.

RESULTADOS

La tabla 1 refleja la edad y el sexo de los pacientes estudiados, el mayor número se puso de manifiesto en el grupo de 30 a 39 años con 17 pacientes (54,8 %). El 83,8 % de la serie se encontró entre 30 y 49 años de edad, con una media de 28 años y se destaca que solo el 6,4 % estaba compuesto por menores de 30 años. La edad osciló entre 22 y 55 años.

El sexo femenino fue predominante con 19 pacientes (61,3 %). La relación entre uno y otro sexos fue de 1,5.1. Al unificar la edad y el sexo podemos observar que uno y otro tuvieron su mayor incidencia en el grupo de 30 a 39 años.

El tiempo de evolución de los tumores (tabla 2), tomado desde la aparición de éstos hasta la asistencia al facultativo, mostró una incidencia mayor en el período de 1 a 5 años con 19 pacientes (61,3 %).

La parótida derecha fue la más afectada con 25 pacientes (80,6 %).

Las incisiones quirúrgicas más utilizadas en los pacientes operados fueron las de Blair en 19 pacientes (61,3 %). En el 35,4 % de la serie se utilizó la de Hamilton Bailey (tabla 3).

A la pieza reseca se le hizo estudio anatomopatológico, donde se confirmó la presencia del tumor mixto.

Evidencias de daño al nervio facial fueron hallados en el posoperatorio. La complicación precoz más frecuente fue la paresia del nervio facial, que involucraba usualmente las ramas frontal y mandibular, esto ocurrió en el 30 y 60 % respectivamente.

TABLA 1. Diagnóstico histórico confirmado según edad y sexo

Grupos de edades (años)	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20 – 29	1	8,3	1	5,2	2	6,4
30 – 39	7	58,3	10	52,6	17	54,8
40 – 49	3	25	6	31,6	9	29
50 – 59	1	8,3	2	10,5	3	9,7
Total	12	38,7	19	61,3	31	100

TABLA 2. Distribución de frecuencia de acuerdo con el tiempo de evolución y localización

Tiempo de evolución (años)	Parótida derecha		Parótida izquierda		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
1	7	23	1	16,7	8	25,8
De 1 a 5	15	60	4	66,6	19	61,3
De 6 a 10	3	12	1	16,7	4	12,9
Total	25	80,6	6	19,3	31	100

TABLA 3. Incisiones realizadas en los pacientes con tumores mixtos

Incisiones	No.	%
S. de Blair	19	61,3
Y de Sistrunk	1	3,2
Hamilton Bailey	11	35,4
Total	31	100

TABLA 4. Daño al nervio facial

	Posoperatorio	Permanente
Labio inferior	6 (1 persistió 3 meses) (60 %)	-
Labio superior	-	-
Párpado	3 (20 %)	-
Completa	1 (10 %)	-
Total	10 (32,2 %)	-

Un paciente (10 %) presentó una parálisis completa transitoria que persistió por 45 días.

En total las paresias transitorias fueron encontradas en 10 (32,2 %) de las 31 parotidectomías subtotales. En nuestra serie no tuvimos paresias ni parálisis permanentes (tabla 4).

El porcentaje de sobrevivencia se mantuvo en el 100 % hasta los 5 años, un paciente mostró recidiva tumoral al 5to año.

El intervalo libre de enfermedad se mantuvo en el 100 %, excepto en el 5to año, cuando un paciente presentó recidiva.

De los 31 pacientes con tumores mixtos parotídeos 2 murieron (6,4 %), en diferentes periodos durante los 15 años de seguimiento, ninguno por causa del tumor.

Un total de 7 pacientes (22,5 %) estaban perdidos al seguimiento.

La sobrevivencia global a los 15 años fue del 80,6 %, por encontrarse 4 pacientes perdidos al seguimiento quirúrgico (tabla 5).

TABLA 5. *Sobrevivencia de ILE*

Años	Vivos sin tumor	Vivos con tumor	Muertos	Pérdidos	% Sobrevivencia	% ILE
5	31	-	-	-	100,0	100,0
5	30	1	-	-	100,0	96,7
10	28	-	-	3	90,3	100,0
15	25	-	2	4	80,6	100,0

DISCUSIÓN

Diversos son los trabajos en la literatura médica nacional e internacional, que tratan la temática del tumor mixto benigno parotídeo.

El adenoma pleomorfo de la glándula parótida ha sido reportado en personas de todas las edades, desde el recién nacido hasta edades avanzadas, con una alta incidencia entre la cuarta y quinta décadas.^{1,3,6-12} Datos que se corresponden con nuestros hallazgos.

En nuestro estudio se confirma una vez más el predominio del sexo femenino; similares resultados reportan *Pinilla*,³ *Zoa*,⁶ *Del Pozo*¹⁰ y otros.¹¹⁻¹⁴

*Estrada Sarmiento*¹¹ en un estudio anterior realizado en nuestra institución sobre tumores de la glándula parótida, reportó que el adenoma pleomorfo tuvo una mayor incidencia en el sexo masculino (52 %), lo que defiere de nuestros resultados.

En la mayoría de las investigaciones realizadas sobre las afecciones tumorales de las glándulas parótidas, la derecha es la más afectada,^{3,7-9,11-17} lo cual también fue hallado en nuestra serie.

Aunque todas las incisiones quirúrgicas utilizadas en nuestra serie proporcionaron una excelente exposición y buenos resultados, la que predominó fue la de Blair (61,3 %). Nuestros resultados se corresponden con lo señalado por *Pinilla*,³ *Del Pozo*¹⁰ y otros,^{8,18,19} pero no con *Estrada Sarmien-*

to,¹¹ en su serie de 25 pacientes operados de tumores parotídeos. La incisión de Hamilton Bailey (48 %), fue la más utilizada.

En nuestra serie la paresia del nervio facial fue tumoral, por la tracción del nervio durante el acto quirúrgico y al edema posoperatorio, consenso aceptado por otros autores^{4,20-22} al igual que otras investigaciones.^{4,20-23} La rama mandibular fue la más afectada, y se plantea que es a causa de la pobre anastomosis de esa región.

Una interesante y consistente observación, fue que en ocasiones la paresia del nervio facial no era perceptible en el posoperatorio inmediato, y se hace evidente a las 24 horas y a menudo progresando durante las 48 horas siguientes del posoperatorio. Casi todas recobraron la función normal entre las 4 y 6 semanas.

*Lacconrey*²² en una serie de 127 pacientes presentó el 64,6 % de paresia del nervio facial en un seguimiento de 15 años, cifra superior a la nuestra (32,2 %), lo cual atribuimos al tamaño del universo.

A diferencia de nuestros hallazgos *Bearhs*²³ reportó una paresia permanente de la rama mandibular, en una serie de 47 pacientes.

La recurrencia de los tumores parotídeos ha sido menos en años recientes desde que muchos cirujanos han abandonado la enucleación y aceptado la parotidectomía subtotal como proceder de elección para los tumores parotídeos del lóbulo superior.²²

Zoa⁶ en su serie de 54 pacientes con tumores mixtos parotídeos informa el 9,2 % de recidivas, cifras superiores a la nuestra (3,2 %).

Frote y Frasel mencionados por Zoa⁶ reportan sólo el 4 % de recurrencia en una serie de 142 tumores parotídeos.

Patrick²¹ en su investigación sobre los tumores de las glándulas salivales establece un grado de recidiva de 3,4 % para los pacientes con tumores mixtos de la glándula parotída. Este grado es ligeramente más alto que el nuestro, y de otros trabajos.^{10,22,24,25} en los cuales el tratamiento normado fue la parotidectomía parcial; sin embargo, estos reportes tienen un período corto de seguimiento.

En nuestra serie ningún paciente tuvo una recidiva antes de los 5 años. Esto sugiere que un período prolongado de seguimiento es necesario para determinar grados de recurrencias para tumores benignos, y estudios que informen grados de recurrencias en menos de 5 años de seguimiento deben ser considerados sólo como reportes intermedios. El lle constituye un

parámetro de significación pronóstica en el análisis de cualquier tumor y técnica empleada. Shiro¹⁸ informa un lle de 34 % a los 10 años de seguimiento, cifras inferiores a nuestros resultados.

Para realizar esta investigación decidimos circunscribirnos al análisis de las cifras globales con el tratamiento quirúrgico, al utilizar la técnica de la parotidectomía subtotal, la cual brindó un buen control de la afección.

En nuestra serie obtuvimos un índice de sobrevivencia de 80,6 % a los 15 años del tratamiento, el cual consideramos aceptable, aunque las cifras no son comparables con otros trabajos publicados que evalúan diferentes períodos y técnicas quirúrgicas.

En conclusión podemos decir que por la baja incidencia de recidivas y las mínimas complicaciones posoperatorias, la parotidectomía subtotal debe ser usada en el tratamiento de los tumores mixtos del lóbulo superior de la glándula parotída y aunque consideramos que es una muestra pequeña el número de casos operados, sí entendemos que los resultados obtenidos hasta el momento son satisfactorios.

SUMMARY

A retrospective investigation of the medical histories of 31 patients with mixed tumor of the parotid gland that were consecutively treated with subtotal parotidectomy in our Department from 1979 to 1983, including both, was made. Of the 31 patients 12 were males (38.7 %) and 19 females (61.3 %). The right parotid was the most affected. Blair's surgical incision was used in 19 patients. 32.2 % of the series had paresis of the facial nerve. The estimation of survival and the local control at 10 and 15 years old were 90.3 and 0 %, and 80.6 and 0 %, respectively.

Subject headings: PAROTID NEOPLASMS/surgery; SALIVARY GLAND NEOPLASMS/surgery; ADENOMA, PLEOMORPHIC/surgery.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lazano García A, Delgado Gómez F, Navarro J. Tumores de glándulas salivales: A propósito de 43 casos. *Cir Esp* 1998;43(2):268-72.
2. Corona Mancebo S, Dios Vidal J. Adenoma monomorfo en lóbulo parotídeo accesorio. *Rev Cubana Cir* 1976;15(1):11-7.

3. Pinilla González R. Tumores de la Glándula parótida. Rev Cubana Cir 1986;21(5):235-47.
4. Witt AL. Facial nerve monitoring in parotid surgery; The standard of care. Otolaryngol Head-Neck Surg 1998;119(5):468-70.
5. Fernández Mirabal A. Algunos aspectos sobre la malignización de un tumor mixto de glándula parótida. Rev Cubana Estomatol 1967;4:195-204.
6. Zoa Chang E. Surgical treatment of pleomorphic adenoma of the parotid gland. Report of 110 cases. J Oral Maxillo Fac Surg 1995;43: 680-2.
7. Rojas J, Lugo J. Tumores primarios de parótida. Rev Ven Oncol 1997;7(3):116-22.
8. Dorouy S, Ballester M. Surgical treatment of pleomorphic adenoma of the parotid gland. Rev Stomatol Chir Maxillo Fac 1998;98(6):336-8.
9. Hernández Márquez V, Toranzo Fernández J, Juárez García J. Adenoma pleomorfo en el paciente pediátrico. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev ADM 1997;53(4):201-3.
10. Pozo LA del. Revisión de los tumores parotídeos. Acta Otorrinolaringol Esp 1990;37(2):77-82.
11. Estrada Sarmiento M. Tumores de la glándula parótida. Rev Cubana Estomatol 1986; 23(3):221-7.
12. Richardson GS. Parotid tumors. Plast Reconstr Surg 1979;43(5):504-9.
13. Milán Martínez J, Camacho M. Tumores de la glándula parótida. Prevalencia en la población del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateo, período 1985-1987. Rev Inst Nac Cancelol 1993;38(1):491-5.
14. Maynard JD. Enucleated parotid tumours. Br J Surg 1998;75:764-6.
15. Euliff C, Castillo S. Seguimiento de tumores benignos de la parótida. Rev Chil Cir 1996;48(6):574-6.
16. Long Don JD. Tumours of the salivary glands: Clinical analysis of 68 cases. J Oral Maxillo Fac Surg 1993;79:663-8.
17. Christensen NR, Charabi S. Bening neoplasm in the country of Copenhagen. 1986-1995. Ugeskr Laeger 1998;160(42):6066-9.
18. Ronald H, Spiro MD. Tumours of the parotid gland. Head-Neck Cancer 1995;1:223-5.
19. Garriga Michelena E, Ochoa J, Garriga García E. Incisión estética en la parotidectomía. Gac Med Caracas 1994; 102(1):33-8.
20. Langdon JD. Complications of parotid gland surgery. J Max Fac Surg 1995;12:225-9.
21. Patrick J, Dwyer O, Williams B. Facial nerve sacrifice and tumour recurrence in primary and recurrent benign parotid tumours. Am J Surg 1996;152:442-5.
22. Laccoureyes O. Resultats long term de la parotidectomie totale conservatrice pour adenome pelomorphe. Press Med 1997;24(3):1563-5.
23. Beahrs OH. Surgical management of parotid lesions. Arch Surg 1996;83-86.
24. Patel N. Recurrent benign parotid tumours. The lesson not learnt yet. Aust New Z J Surg 1998;68(8):562-4.
25. Yugueros P. Treating recurrence of parotid benign pleomorphic adenoma. Ann Plast Surg 1998; 40(16):573-6.

Recibido: 26 de diciembre del 2000. Aprobado: 27 de febrero del 2001.

Dr. *Manuel Estrada Sarmiento*. Calle Máximo Gómez No.6, entre Maceo y Canducha Figueredo, barrio el Cristo, municipio Bayamo, Granma, Cuba.