

TUMORES BENIGNOS DE GLÁNDULA PARÓTIDA, MANEJO QUIRÚRGICO Y COMPLICACIONES²⁶²

BENIGN PAROTID GLAND TUMORS, SURGICAL MANAGEMENT AND COMPLICATIONS

Luis Guillermo Samaniego Namicela²⁶³

Pares evaluadores: Red de Investigación en Educación, Empresa y Sociedad – REDIEES.²⁶⁴

²⁶² Derivado del proyecto de investigación: Tumores benignos de glándula parótida, manejo quirúrgico y complicaciones.

²⁶³ Pregrado, Universidad Nacional de Loja, Posgrado, Maestrante de Gerencia en los Servicios de la Salud de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ocupación (docente), Institución, Instituto Superior Tecnológico Libertad, correo electrónico: guillermosamaniegon@gmail.com

²⁶⁴ Red de Investigación en Educación, Empresa y Sociedad – REDIEES. www.rediees.org

24. TUMORES BENIGNOS DE GLÁNDULA PARÓTIDA, MANEJO QUIRÚRGICO Y COMPLICACIONES²⁶⁵

Luis Guillermo Samaniego Namicela²⁶⁶

RESUMEN

Los tumores de las glándulas salivales presentan una amplia gama de comportamientos histológicos y clínicos. La rareza de estos tumores combinados con la histología diversa significa que faltan estudios que puedan usarse para proporcionar recomendaciones quirúrgicas para cada subtipo histológico. El objetivo de este estudio es determinar el manejo quirúrgico y complicaciones de los tumores benignos de glándula parótida. La muestra está constituida por 42 pacientes de un hospital regional de Guayaquil, Ecuador captados desde el 1 de enero del 2015 hasta el 31 de diciembre del 2017. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. La gestión de datos se realizó en Microsoft Excel 2010, donde se realizará el procesamiento de datos y el análisis estadístico se realizará con el programa SPSS versión 21. El grupo etario de 41-60 años de edad (50%) y el sexo masculino (60%) fueron los de mayor proporción. El adenoma pleomorfo representó (57%), seguidos en orden de frecuencia por el quiste linfoepitelial (17%) y los tumores mixtos con el 7%. El 93% requirió de parotidectomía superficial y el 33% desarrolló complicaciones postquirúrgicas, siendo la parálisis facial la más frecuente con el 57%, especialmente la de grado II (63%). Se concluye que la parotidectomía superficial de tumores benignos de glándula parótida ofrece mayor seguridad por su menor frecuencia de complicaciones y secuelas en relación a la cirugía radical.

²⁶⁵ Derivado del proyecto de investigación: Tumores benignos de glándula parótida, manejo quirúrgico y complicaciones.

²⁶⁶ Pregrado, Universidad Nacional de Loja, Posgrado, Maestrante de Gerencia en los Servicios de la Salud de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ocupación (docente), Institución, Instituto Superior Tecnológico Libertad, correo electrónico: guillermosamaniegon@gmail.com

ABSTRACT

Salivary gland tumors have a wide range of histological and clinical behaviors. The rarity of these tumors combined with diverse histology means that studies that can be used to provide solid surgical recommendations for each individual histological subtype of salivary tumor are missing. The objective of this study is to determine the surgical management and complications of benign parotid gland tumors. The sample consists of 42 patients from a regional hospital in Guayaquil, Ecuador captured from January 1, 2015 to December 31, 2017. This is a descriptive, retrospective and cross-sectional study. The data management was carried out in Microsoft Excel 2010, where the data processing will be performed and the statistical analysis will be carried out with the SPSS version 21 program. The age group of 41-60 years of age (50%) and the male sex (60%) were the highest proportion. Pleomorphic adenoma represented (57%) more than half of the cases analyzed, followed in order of frequency by lymphoepithelial cyst (17%) and mixed tumors with 7%. 93% required superficial parotidectomy and 33% developed post-surgical complications, with facial paralysis being the most frequent with 57%, especially grade II (63%). It is concluded that superficial parotidectomy of benign parotid gland tumors offers greater safety due to its lower frequency of complications and sequelae in relation to radical surgery.

PALABRAS CLAVE: Palabras clave: glándula parótida, cirugía, complicación, tumor.

Keywords: parotid gland, surgery, complication, tumor.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de glándula parótida son una entidad poco frecuente según los reportes de la literatura mundial, representan solo el 2-4% de todos los tumores de la cabeza y región cervical (BCMA, 2014). Aproximadamente 2500 nuevos casos de neoplasias de glándulas salivales se diagnostican cada año, siendo las neoplasias de la parótida el 80% de las neoplasias salivares (Gandolfi M, 2016). De los tumores parotídeos, el 75% son neoplásicos, el 25% restante son procesos infiltrativos no neoplásicos, como quistes e inflamación.

Actualmente el tratamiento continúa generando controversias, no existe un consenso absoluto acerca de cuál es la modalidad de tratamiento adecuado según el tipo de tumoración benigna en la glándula parótida. El tratamiento va a depender de la gravedad, de las comorbilidades asociadas y de la experiencia del cirujano. La morbi-mortalidad aumentada después de una cirugía de parótida, por las complicaciones subsecuentes, crea un problema de salud que motiva búsqueda de soluciones y medidas de prevención. Los pacientes que presentan complicaciones o secuelas postoperatorias tienen deterioro la calidad de vida y un mayor riesgo de morir en comparación con aquellos que tienen una cirugía sin complicaciones, además existe un aumento significativo en los gastos de salud asociados con las complicaciones.

Aunque varios informes de la literatura han documentado la técnica quirúrgica y el resultado oncológico logrado con la parotidectomía, sólo unos pocos artículos han descrito las complicaciones de la cirugía de glándula parótida y su manejo. Se han reportado varias complicaciones en la cirugía parotídea, las cuales se re-clasificaron en complicaciones de intraoperatoria y postoperatoria (temprana y tardía), especialmente la parálisis facial temporal o permanente y el síndrome de Frey (Bradley P, 2016).

Pocas operaciones en la región de cabeza y cuello presentan los desafíos y contradicciones de la parotidectomía. Los tumores detectados suelen ser benignos y los pacientes esperan una función normal después de la operación. Sin embargo, pueden surgir complicaciones. Existe la necesidad de reportar los resultados postoperatorios, complicaciones y factores de riesgo asociados de las diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de tumores benignos de parótida que, sumado a la escasez de reportes locales de

la institución de salud, convierte la presente propuesta de investigación como una necesidad académica de documentar los resultados obtenidos.

El objetivo de la investigación fue analizar el tratamiento quirúrgico de los tumores benignos de glándula parótida y sus complicaciones en pacientes de un hospital de la ciudad de Guayaquil. Los resultados establecieron las características sociodemográficas de los pacientes con tumores benignos, se identificó los tipos histológicos más frecuentes de la glándula parótida y se describió los resultados postoperatorios de la parotidectomía superficial y profunda.

Este estudio se justifica porque hay un déficit de investigaciones en Ecuador sobre el comportamiento demográfico, resultados del tratamiento quirúrgico y las complicaciones postoperatorias en pacientes con tumores benignos de glándula parótida; al momento los resultados de las distintas técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de esta patología es limitado, por tal motivo existe la necesidad de implementar formas de evaluación postoperatoria que permita proporcionar estadísticas para determinar si los tratamientos quirúrgicos son adecuados y cuál da mejores resultados.

La realización de este estudio ayudó a obtener información necesaria para dilucidar las causas involucradas en las complicaciones de los procedimientos quirúrgicos de la glándula parótida que ayuden a minimizar los efectos adversos dependientes de la cirugía. De la información generada se podrá realizar comparaciones con otros estudios que permitan llegar a un consenso del tratamiento quirúrgico para el tratamiento de la enfermedad.

Los tumores parotídeos son raros, representan aproximadamente el 1-3% de todos los tumores de cabeza y cuello (Kadletz L, 2017). Afortunadamente, la mayoría (75-85%) son benignos. La incidencia anual ajustada por edad de los tumores parotídeos benignos en los Estados Unidos es de aproximadamente 3,8 por 100.000 por año, con aproximadamente 1300 a 1600 casos diagnosticados cada año (Villao A, 2018; McGurk M, 2014). En todo el mundo, la incidencia varía según la geografía, con informes de 5,3 a 6,2 por 100.000 en el Reino Unido y de 1,35 por 100.000 en Polonia. Japón y Malasia reportan una incidencia de 1,3 y 1,1 para todas las neoplasias salivales benignas. A diferencia de sus contrapartes malignas,

no existen registros nacionales de enfermedades benignas, lo que hace difíciles determinar la verdadera incidencia (BCMA, 2014).

Los esquemas de clasificación de tumores salivales incluyen glándulas salivales benignas versus malignas, mayores (parotídeas, submandibulares, sublinguales) y menores, y por histopatología individual (BCMA, 2014; Myers E, 2015). La clasificación de la Organización Mundial de la Salud 2005 contiene 24 histopatologías salivales malignas y tumores hematolinfóides y secundarios benignos, excluyendo (Dell'Aversana Orabona G, 2013). De los tumores parotídeos, los tumores benignos y malignos más comunes son el adenoma pleomórfico (PA) y el carcinoma mucoepidermoide, respectivamente (Villao A, 2018).

Muchos clínicos usan la regla 80/20 para las neoplasias de las glándulas salivales: 80% benignas, 80% en la parótida y 80% PA. Sin embargo, existen variaciones en ciertas proporciones e incidencias relativas. Un estudio ugandés informó que sólo el 29% de los tumores benignos ocurren en la glándula parótida, siendo 53,8% de los tumores parotídeos malignos. Se encontraron cero casos de tumores de Whartin, una escasez también descrita en otros estudios africanos (Kawata R, 2015; Villao A, 2018).

La subnotificación puede ser un problema en áreas de escasos recursos, ya que no se puede buscar terapia adecuada para las enfermedades que no amenazan la vida. Estos temas ponen de relieve las variaciones en los informes de incidencia de tumores parotídeos benignos (Kawata R, 2015). Por edad, la incidencia de tumores parotídeos benignos aumenta continuamente a partir de los 15 a 25 años de edad, con un pico en los 65 a 74 años de edad (BCMA, 2014; Quer et al, 2017).

Hay una preferencia sexual femenina en general (1,46: 1,0) para los tumores parotídeos benignos y una diferencia racial (2,31: 1) son más afectados en los TW (presumiblemente debido a las tasas históricamente más altas de fumar) y malignidades de la parótida (ratio 3,47: 1) en general (Kara et al, 2017). Los AP y TW se combinan para constituir el 83% al 93% de los tumores parotídeos benignos. Se presentarán variables

epidemiológicas más detalladas para las histopatologías individuales (Sood S, 2016; Villao A, 2018; Dell'Aversana Orabona G, 2013).

La mediana de edad para la aparición de estos tumores se encuentra en la quinta década de vida. Los tumores parótidos ocurren más comúnmente en los caucásicos. La etiología de estos tumores es desconocida, pero la posibilidad de un gen adenoma actualmente está bajo investigación por su participación en el desarrollo de adenomas pleomórficos. El tumor parotídeo benigno más común en los niños es el tumor mixto (Villao A, 2018; Sood S, 2016).

El tabaquismo está fuertemente asociado con los TW; ciertas exposiciones ocupacionales, como los metales pesados, y los factores hormonales (por ejemplo, la menarquia precoz) también se han asociado con un mayor riesgo de tumores salivales. Los avances en las tecnologías de secuenciación genética han permitido una identificación más fácil y el descubrimiento de translocaciones genéticas distintas, de las que ahora conocemos (BCMA, 2014; Villao A, 2018).

Los tumores parotídeos benignos se presentan clásicamente con edema indoloro, de crecimiento lento, preauricular o de cuello superior (Dell'Aversana Orabona G, 2013). El diagnóstico diferencial del edema parotídeo es amplio, desde la parotiditis hasta la sialadenitis, hasta las neoplasias. El diagnóstico inicial se relacionará con la presentación de los síntomas (Villao A, 2018). Fiebre de inicio agudo, enrojecimiento, edema de la parótida y aumento del recuento de glóbulos blancos significa generalmente un proceso infeccioso (es decir, sialadenitis) o un proceso obstructivo (es decir, cálculos salivales). Aunque los tumores raros, benignos y malignos pueden presentarse agudamente a través de la obstrucción tumoral de un conducto de drenaje, que puede infectarse y expandirse rápidamente (Sood S, 2016).

Los tumores benignos pueden ser asintomáticos durante meses o incluso décadas. Sin embargo, los cánceres parotídeos también carecen de síntomas del 50% al 70% del tiempo (Villao A, 2018). Con la creciente utilización de imágenes (por ejemplo, tomografía computarizada, ecografía, resonancia magnética) para indicaciones no relacionadas, ha

habido una incidencia creciente de incidentalomas parotídeos, tumores que no se hubieran encontrado de otra manera. Esta incidencia creciente resulta en biopsia con aguja y/o cirugía debido al riesgo de malignidad o crecimiento del tumor.

El crecimiento rápido o el dolor en un tumor parotídea puede anunciar una transformación maligna (por ejemplo, en una PA conocida) (Villao A, 2018). Las banderas rojas, como dolor, paresia facial, fijación de tejido blando, trismo, ulceración de la piel, linfadenopatía, entumecimiento y pérdida de peso, deben aumentar la sospecha de malignidad. La paresia facial de la parálisis Bell tiene un inicio rápido y una resolución eventual (Dell'Aversana Orabona G, 2013).

Una progresión lenta y agravante de la afectación del nervio facial con tics faciales o espasmos debe plantear preocupación por malignidad, aunque se han reportado casos benignos con paresia facial (Villao A, 2018). La afectación parotídea bilateral es más probable que un edema (paratoiditiss, enfermedad de Sjogren) que un proceso neoplásico sincrónico. Debido a los ganglios linfáticos intraparotídeos y periparotídeos, un tumor parotídea puede ser metastásico por malignidades de la cara, cuero cabelludo o incluso un sitio distante (Kawata R, 2015; Carlson E, 2015). Los tumores superficiales benignos suelen ser sólidos, móviles y bien circunscritos dentro de la glándula parótida. Estos tumores deben ser fácilmente palpables.

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación se realizó en un hospital regional de la ciudad de Guayaquil. Es un estudio descriptivo, retrospectivo y transversa que analizó 42 pacientes con tumores benignos de la glándula parótida que recibieron tratamiento quirúrgico en la institución de salud durante el periodo del 1 de enero del 2015 hasta el 31 de diciembre del 2017. Se excluyeron pacientes con historia clínica incompleta y con tumores malignos de la glándula parótida.

Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y se empleó estadística descriptiva (medidas de tendencia central) para representar los resultados. El paquete estadístico SPSS versión 22 se utilizó para el análisis de la información.

RESULTADOS

De los (42 pacientes analizados, el sexo masculino (60%) fue el más afectado, lo cual coincide con la literatura que indica un predominio de hombre/mujer de 2:1. El grupo etario predominante fue el de 41-60 años de edad (50%). E adenoma pleomorfo representó (57%) la mitad de los casos analizados, seguidos en orden de frecuencia por el quiste linfoepitelial (17%) y los tumores mixtos con el 7% (Tabla 1).

Tabla 1. Características basales

Características basales	#	%
Sexo		
Masculino	25	60
Femenino	17	40
Grupos etarios		
20-40 años	14	33
41-60 años	21	50
> 60 años	7	17
Tipo de tumor		
Adenoma pleomorfo	24	57
Quiste linfoepitelial	7	17
Tumor mixto	3	7
Adenoma de células basales	1	2
Adenoma monomorfo	1	2
Adenoma sebáceo	1	2
Hiperplasia sinusal	1	2
Lipoma parotídeo	1	2
No hay reporte	1	2
Sialoadenitis esclerosante crónica	1	2
Schwannoma	1	2
Total	42	100

Matriz de datos.

De acuerdo al tipo de tratamiento quirúrgico empleado, el 86% requirió de parotidectomía superficial especialmente para tumores más pequeños, ya que da resultados adecuados y más seguro con el fin de preservar el nervio facial. Además, el 21% desarrolló complicaciones postquirúrgicas, siendo la parálisis facial la más frecuente (57%),

especialmente de grado II (63%). En menor frecuencia se presentó el seroma parotídeo (50%), fístula salivar (14%) y la recidiva del tumor (14%).

Tabla 2. Características clínicas

Características clínicas	#	%
Tipo de cirugía		
Parotidectomía superficial	36	86
Parotidectomía total	6	14
Total	42	100
Tipo de complicaciones		
Parálisis facial	8	57
Seroma parotídeo	7	50
Fístula salivar	2	14
Recidiva tumor	2	14
Tipo de secuelas		
Parálisis facial	6	75%
Parestesia de hemicara	3	38%
Depresión cicatricial	1	13%
Fistula salivar	1	13%

Matriz de datos

DISCUSIÓN

La cirugía para tumores parotídeos benignos se asocia con secuelas potenciales que pueden deteriorar significativamente la calidad de vida del paciente. A veces, la búsqueda de reducir el riesgo de estas complicaciones induce al cirujano a limitar la extensión de la glándula parótida extirpada con un tumor (Villao A, 2018). La alteración de la función del nervio facial es la complicación más común del tratamiento quirúrgico de los adenomas pleomórficos primarios. Los factores de riesgo estadísticamente significativos de la disfunción posoperatoria del nervio facial incluyen: género femenino; edad del paciente mayor, localización del tumor en el lóbulo profundo, tipo de procedimiento quirúrgico (parotidectomía total). Se puede lograr alguna disminución en la incidencia de sialoceles y fístulas salivales mediante la preservación del conducto de Stenon o mediante la resección radical del tejido glandular.

La incidencia de parálisis facial después de la parotidectomía fue del 18% en tumores superficiales y 39% en tumores profundos. Además, se encontró 14% de recidiva postoperatoria. Kadletz L, evaluó 894 pacientes con adenoma pleomórfico primario, analizó 395 (44.2%) disecciones extracapsulares y 499 PS (55.8%). La enfermedad recurrente (disección extracapsular = 7,2% vs SP = 2,2%, $p = 0,0003$) y la parálisis facial permanente fueron significativamente más frecuentes después de la disección extracapsular que SP (2,2% frente a 0,6%, $p = 0,0396$) (Kadletz L, 2017). Kawata R, analizó las complicaciones postoperatorias de los tumores parotídeos benignos en 633 pacientes, el adenoma pleomórfico (372 casos) fue el más común y observó parálisis facial transitoria en 130 pacientes (21%) y solo un paciente desarrolló parálisis permanente (Kawata R, 2015).

Los resultados del presente estudio encontraron 39% de casos de parálisis facial después de parotidectomía profunda ($p 0,0001$), lo cual coincide con otras investigaciones como un estudio que evaluó la incidencia de complicaciones después de cirugía parotídea para adenomas pleomórficos en un hospital de Varsovia. La alteración nerviosa facial postoperatoria fue la complicación más común de la cirugía parotídea (se encuentra en 84 [21,8%] de los pacientes). Los otros efectos adversos de la cirugía incluyeron: sialocele (12.2%), fístula salival (6.7%), síndrome de Frey (6.2%) y hematoma (2.8%). La parálisis facial se encontró más comúnmente después de la parotidectomía total (41.9%; $p < 0.001$) y menos comúnmente después de la resección tumoral extracapsular (4.8%; $p = 0.036$) (Szwedowicz P, 2012).

CONCLUSIONES

El principal grupo afectado por tumores benignos de la glándula parótida son los adultos medios de sexo masculino, pertenecientes a zonas urbanas de ocupación comerciante u obrera. El principal tumor benigno de glándula parótida fue el adenoma pleomórfico, que representó más de la mitad de los casos. La tercera parte de los pacientes desarrollaron complicaciones postquirúrgicas, la más frecuente fue la parálisis del nervio facial.

La parotidectomía superficial de tumores benignos de glándula parótida ofrece mayor seguridad por su menor frecuencia de complicaciones y secuelas en relación a la cirugía radical. La parotidectomía total ofrece un porcentaje significativamente más alto de parálisis facial permanente, enfermedad recurrente y secuelas en comparación con la parotidectomía superficial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BCMA. (2014). Treatment of benign tumors of parotid gland. United Kingdom: British Columbia Medical Association. Recuperado de <https://bit.ly/3AeJEt0>

Bradley P, G. O. (2016). Salivary Gland Disorders and Disease: Diagnosis and management. Section IV - Benign Salivary Gland Neoplasms (Vol. 1). Nottingham, United Kingdom: Thieme.

Carlson E, O. R. (2015). Textbook and Color Atlas of Salivary Gland Pathology. Diagnosis and Management. (2th edition ed.). Estados Unidos: Wiley-Blackwell.

Dell'Aversana Orabona G, B. P. (2013). Surgical management of benign tumors of the parotid gland: extracapsular dissection versus superficial parotidectomy--our experience in 232 cases. *J Oral Maxillofac Surg*, 71(2), 410-3.

Gandolfi M, S. W. (2016). Parotid Gland Tumors and the Facial Nerve. *Otolaryngol Clin North Am*, 49(2), 425-34.

Kadletz L, G. S. (2017). Extracapsular dissection versus superficial parotidectomy in benign parotid gland tumors: The Vienna Medical School experience. *Head Neck*, 39(2), 356-360.

Kara et al. (2017). Clinical Results of Surgical Treatment in Parotid Tumors. *J Otolaryngol ENT Res*, 7(2), 00195.

Kawata R, L. K. (2015). Review of 300 cases of parotidectomy for benign parotid tumors. *Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho*.115(6), 618-24.

Quer et al. (2017). Surgical options in benign parotid tumors: a proposal for classification. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 1(1), 67-75.

McGurk M. (2014). Benign parotid tumours. Can be removed safely by extra-capsular dissection, a less invasive procedure. *BMJ*, 329(7478), 1299-1300.

Myers E, F. R. (2015). Salivary Gland Disorders. (2th edition ed.). Tennessee, United States: Springer.

Sood S, M. M. (2016). Management of Salivary Gland Tumours: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. J Laryngol Otol. 130(S2), S142-S149. Recuperado de: <https://bit.ly/37mq3uj>

Szwedowicz P. (2012). Complications of parotid surgery for pleomorphic adenomas. Otolaryngol Pol, 65(5), 46-52.

Villao A. (2018). Manejo quirúrgico de los tumores benignos de glándula parótida y sus complicaciones. Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2015-2017. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.