

ISSN: 2340-3438

Edita: Sociedad Gallega de
Otorrinolaringología.

Periodicidad: continuada.

Web: www.sgorl.org/revista

Correo electrónico:

actaorlgallega@gmail.com

SGORL PCF
Sociedad Gallega de Otorrinolaringología
y Patología Cervicofacial



Acta Otorrinolaringológica Gallega

Artículo Original

Nuestra experiencia en cirugía parotídea tumoral Our experience in tumor parotid surgery

Tamara González Paz, Marta Paulos Novoa, Abdul Nehme Paz, Gabriel Álvarez Curro, Nieves Rodríguez Acevedo, Ismael Arán González. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Recibido: 9/4/2015 Aceptado: 14/5/2015

Resumen

Introducción y objetivos: Los tumores parotídeos más frecuentes son las lesiones benignas. Se considera como técnica quirúrgica de elección para los tumores de parótida, en el caso de los tumores benignos cirugías parciales y de los tumores malignos las parotidectomías totales. En este estudio el objetivo es evaluar la utilidad de las pruebas radiológicas y de la citología, así como de la técnica quirúrgica adecuada en cada lesión.

Material y métodos: Se analizan variables como la edad, sexo, tipo de tumor, localización, diagnóstico ecográfico y PAAF, técnica quirúrgica, estudio anatomopatológico definitivo, grado (House-Brackmann) y evolución de la parálisis facial, otras complicaciones, recurrencia, tiempo medio de supervivencia y mortalidad.

Resultados: Tenemos en ecografía una sensibilidad del 88% y especificidad del 59%. En el caso de las lesiones benignas objetivamos un 19% de parálisis facial postquirúrgica, disminuyendo al 3% tras seis meses de evolución. Tuvimos un 4.6% de recidivas, todos ellos adenomas pleomorfos en los que se realizó nodulectomía. En las lesiones malignas el porcentaje de parálisis facial postquirúrgica fue del 41.6%, disminuyendo al 37.4% en los primeros seis meses.

Conclusiones: El estudio citológico mediante PAAF da un diagnóstico prequirúrgico adecuado. La realización de una parotidectomía parcial superficial no implica mayor riesgo de lesiones del nervio facial.

Correspondencia: Tamara González Paz
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra
Correo electrónico: tamaragonzalezpaz@gmail.com

Consideramos que la monitorización intraoperatoria del nervio facial no es estrictamente necesaria.

Palabras clave: tumor parótida, parotidectomía, parálisis facial

Abstract

Introduction and objectives: The most common parotid tumors are benign lesions. It is considered as surgical technique of choice for parotid tumors, in the case of partial surgery benign tumors and malignant tumors of the total parotidectomies. In this study the objective is to evaluate the usefulness of radiological tests and cytology, as well as the surgical technique in each lesion.

Material and methods: We analyze variables such as age, sex, tumor type, location, and FNA ultrasound diagnosis, surgical technique, pathologic examination final grade (House-Brackmann) and evolution of facial paralysis, other complications, recurrence, and median survival time mortality.

Results: We have a sensitivity of 88% and specificity of 59% in ultrasound. We objectify for benign lesions 19% of postoperative facial paralysis, decreasing to 3% after six months. We had a 4.6% relapse, all in pleomorphic adenomas who underwent lumpectomy. In malignant lesions the percentage of postoperative facial paralysis was 41.6%, decreasing to 37.4% in the first six months.

Conclusions: The FNA cytology gives a proper preoperative diagnosis. Conducting a superficial partial parotidectomy involves no greater risk of facial nerve injury. Not necessarily consider intraoperative monitoring of the facial nerve.

Keywords: parotid neoplasm, parotidectomy, facial paralysis

Introducción

Los tumores de las glándulas salivares son poco frecuentes (3% de los tumores de cabeza y cuello), pero son importantes debido a su gran variedad histológica y comportamiento. Los más frecuentes se localizan en la glándula parótida (80%) siendo la mayor parte lesiones benignas (80%). Dentro de estas se encuentran el adenoma pleomorfo (75%), el tumor de Warthin (15%) y el oncocitoma (<1%). Las neoplasias malignas constituyen el 20%. La incidencia es mayor en edad adulta (95%)^{1,2}.

Para obtener un diagnóstico se debe de realizar, además de una correcta historia clínica, una prueba de imagen (ecografía, tomografía computerizada (TC) o resonancia magnética nuclear (RMN)) y la toma de una muestra citológica mediante punción aspiración con aguja fina (PAAF) (85-95% de sensibilidad y 95-100% de especificidad). El conjunto de datos que se deducen de estas pruebas permiten tomar una decisión terapéutica.

Se acepta como tratamiento de elección la extirpación quirúrgica, a la que se añade radioterapia en el caso de los tumores malignos. Aún sigue en discusión cual es la mejor técnica quirúrgica y con qué grado de extensión ha de realizarse, aunque se estipula para el nódulo benigno en el lóbulo superficial la parotidectomía superficial; si se extiende a lóbulo profundo parotidectomía total y en caso de tumoración maligna parotidectomía total, independientemente de la localización. A veces se lleva a cabo técnicas quirúrgicas más conservadoras³.

La cirugía tiene complicaciones tales como la posibilidad de infección de la herida quirúrgica, lesión del nervio facial, síndrome de Frey y aparición de recidivas más a largo plazo.

En este estudio tenemos como objetivo describir los resultados de los estudios de imagen y de la realización de PAAF preoperatorios conforme a

nuestro protocolo, así como la tasa de complicaciones en función de la técnica quirúrgica.

Material y Métodos

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de una serie de casos diagnosticados en el Servicio de ORL de nuestro centro hospitalario desde el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2011. Se incluyeron pacientes con un diagnóstico de tumor parotídeo en el que se haya realizado una parotidectomía.

Aplicamos la clasificación Sant Pau ⁴ que divide la parótida en región lateral craneal (área I), lateral caudal (área II), medial craneal (área III), medial caudal (área IV) y accesoria (área V).

Las variables analizadas son edad, sexo, tipo de tumor, localización, diagnóstico ecográfico y PAAF, técnica quirúrgica, estudio anatomopatológico definitivo, grado (House-Brackmann) y evolución de la parálisis facial, otras complicaciones, recurrencia, tiempo medio de supervivencia y mortalidad.

El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS 14.04 analizando las variables cualitativas con el chi-cuadrado y las cuantitativas con la t-Student. Empleando como *gold* estándar el resultado anatomopatológico de la intervención, se estiman la sensibilidad y la especificidad de las pruebas de imagen y citología dentro de nuestro protocolo.

Resultados

Encontramos 92 casos de tumoración parotídea, correspondiendo 68 de ellos a lesión benigna (74%) y los 24 restantes a lesión maligna (26%).

Lesiones benignas:

El sexo predominante es el femenino (53.9%). Observamos que en los varones los tumo-

res de Warthin se presentan en mayor porcentaje (25%) que los adenomas pleomorfos (8.4%). Siendo más frecuente la localización derecha (58.8%) Ecográficamente vemos que el 93.8% se disponen en el lóbulo superficial. El diagnóstico es en el 77.6% de adenoma pleomorfo, el 16.1% Warthin y el 5.8% adenopatías, obteniéndose una sensibilidad del 88% y especificidad del 59%.

En el estudio citológico mediante PAAF se realiza el diagnóstico de adenoma pleomorfo en el 88.2%, Warthin en el 9.8% y carcinoma en el 2%. Con una sensibilidad para la detección de malignidad y benignidad del 98% y especificidad del 80%.

En nuestra estadística se observa una afectación del 15.7% del área I, 78.4% del área II, 0% del área III y 6.3% del área IV.

La técnica quirúrgica realizada es parotidectomía superficial en 35 pacientes (51.5%), parotidectomía parcial superficial en 14 (20.6%), nodulectomía en 15 (22.1%) y parotidectomía total en 4 (5.9%).

En el estudio anatómo-patológico definitivo de las lesiones benignas se observan adenomas pleomorfos (78%), tumores de Warthin (16%) y otros (6%).

Objetivamos en 13 pacientes (19%) presencia de parálisis facial postquirúrgica, disminuyendo a 2 (3%) tras seis meses de evolución (dos pacientes con grado 2 y 3, respectivamente, según la clasificación de House-Brackmann) (tabla 1). No se encuentra relación significativa entre la presencia de parálisis facial y el tamaño o el aspecto lobulillado de la tumoración, siendo significativa la relación entre parálisis facial y el tipo de cirugía realizada fundamentalmente parotidectomía total ($p= 0.042$).

Otras complicaciones postquirúrgicas son: sangrado (4.4%), sialocele (1.5%), fístula salivar

Parálisis Facial	HB prequirúrgico	HB postquirúrgico	HB 1 mes	HB 3 meses	HB 6 meses
1	68 (100%)	55 (81%)	58 (85.3%)	62 (91.1%)	66 (97%)
2	0	2 (2.9%)	4 (5.9%)	4 (5.9%)	1 (1.5%)
3	0	10 (14.6%)	6 (8.8%)	2 (3%)	1 (1.5%)
4	0	1 (1.5%)	0	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0
Total	0%	19%	14.7%	8.9%	3%

Tabla 1: Parálisis faciales postquirúrgicas en tumores benignos. Clasificación House-Brackmann. H-B: House- Brackmann.

(8.8%) e infección de la herida postquirúrgica (4.4%).

Existe un 4.6% de recidivas, todos ellos casos en los que se realizó nodulectomía. Sin relación con el tamaño, profundidad, ni con el aspecto polilobulillar de las lesiones.

Lesiones malignas:

El sexo predominante es el masculino (58.3%), con una frecuencia mayor de localización derecha (70.8%).

La técnica quirúrgica realizada inicialmente en el caso de carcinomas primarios de la glándula parótida es la parotidectomía total en 9 pacientes (56.25%), la parotidectomía superficial en 4 (25%), la parotidectomía parcial superficial en 2

(12.5%) y la nodulectomía en 1 (6.25%), completándose tras el posterior diagnóstico de malignidad con parotidectomía total.

Encontramos 16 carcinomas primarios de la glándula parótida (8 carcinomas mucoepidermoides, 3 adenocarcinomas, 5 otra histología), 5 metástasis y 3 linfomas.

El porcentaje de parálisis facial postquirúrgica fue del 41.6%, disminuyendo al 37.4% (9 pacientes) en los primeros seis meses (4 pacientes con grado 1-2, 4 con grado 4 y 1 con grado 6, respectivamente según la clasificación de House- Brackmann) (tabla 2).

Otras complicaciones fueron fistulas salivares (8.3%) e infecciones postquirúrgicas (8.3%).

Parálisis Facial	HB prequirúrgico	HB postquirúrgico	HB 1 mes	HB 3 meses	HB 6 meses
1	22 (91.8%)	14 (58.4%)	14 (58.4%)	15 (62.5%)	15 (62.5%)
2	0	2 (8.3%)	2 (8.3%)	1 (4.1%)	3 (12.5%)
3	1 (4.1%)	0	0	1 (4.1%)	0
4	0	6 (25%)	6 (25%)	6 (25%)	5 (20.8%)
5	0	0	1 (4.1%)	0	0
6	1 (4.1%)	2 (8.3%)	1 (4.1%)	1 (4.1%)	1 (4.1%)
total	8.2%	41.6%	41.5%	37.3%	37.4%

Tabla 2: Parálisis faciales postquirúrgicas en tumores malignos. Clasificación House- Brackmann. H-B: House- Brackmann.

Se encontraron recidivas de carcinomas primarios en el 31.2%. El tiempo medio de supervivencia en las recidivas es de 5.8 meses (2-11 meses).

El porcentaje de exitus fue del 28.5%.

Discusión

Nuestro estudio es consistente con lo publicado por otros autores ^{1,2,3}. Se mantiene la predominancia de las lesiones benignas, siendo los más frecuentes los adenomas pleomorfos (tablas 3 y 4). En el caso de las malignas hay un ligero aumento del porcentaje con respecto a la literatura (tabla 3), no variando el hecho de que los carcinomas mucoepidermoides siguen siendo los más frecuentes.

Sobre la PAAF en las lesiones parotídeas tumorales, al contrario que en otros estudios ⁵, la sensibilidad es superior a la especificidad; es decir, hay elevada probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo, pero con posibilidad de falsos negativos.

En cuanto a las pruebas radiológicas, son útiles para localizar la lesión, el número, el tamaño y las características sospechosas de malignidad. Observamos que la especificidad de la ecografía es baja, por lo que creemos, como otros autores ^{6,7}, que usada esta de manera aislada no es útil para la predicción histopatológica del tumor. Para un estudio más preciso y exhaustivo se recomienda TAC, sobre todo en el caso

de lesiones malignas.

Como tratamiento inicial se estipula la parotidectomía superficial en el caso de los adenomas pleomorfos y de la nodulectomía para los tumores de Warthin ^{1,2,6,8}

Tras la revisión concluimos que, en nuestro medio, una parotidectomía parcial superficial puede ser suficiente para el tratamiento de los adenomas pleomorfos, sin que exista mayor porcentaje de recidiva que realizando una parotidectomía superficial.

En nuestra experiencia el porcentaje de recidiva en adenomas pleomorfos tras parotidectomía parcial superficial fue del 0%, como en estudios similares de García- Purriños (2009) y Giannone (2008) ^{9,10}. Así mismo tenemos un 4.6% de recidivas en un tiempo medio de 47 meses, que corresponden a casos de adenomas pleomorfos en los que solo se realizó nodulectomía, por lo que consideramos esta técnica no aconsejable en este tipo de tumores.

La monitorización intraoperatoria del nervio facial es altamente discutida ¹¹. En nuestra experiencia quirúrgica no se ha utilizado dicha monitorización, ya que consideramos suficiente tener un buen campo de visión del nervio facial al utilizar el microscopio con lente de 400x.

El porcentaje de parálisis faciales postquirúrgicas en la literatura es entre 5-30% ^{8,9,12,13}

Autor	Pacientes	Benignos	Malignos
Granell (2009)	52	39 (75%)	13 (25%)
Hernando (2009)	44	39 (88%)	5 (12%)
Naeem (2010)	112	82 (73%)	30 (27%)
Bussu (2011)	540	470 (87%)	70 (13%)
González Paz (2015)	92	68 (74%)	24 (26%)

Tabla 3: Comparativa tumores parótida con otros autores.

Autor	Pacientes	Adenoma pleomorfo	Tumor Warthin	Otros
Hernando (2009)	39	19 (49%)	14 (36%)	6 (15%)
García-Purriños (2009)	57	41 (72%)	16 (28%)	
Naeem (2010)	82	64 (78%)	10 (12%)	8 (10%)
Bussu (2011)	470	231 (49%)	187 (40%)	49 (11%)
González Paz (2015)	68	53 (77.9%)	11 (16.2%)	4 (5.9%)

Tabla 4: Comparativa porcentajes tumores benignos.

Nuestro servicio cuenta con una estadística de parálisis faciales definitivas del 3% en el caso de las lesiones benignas y del 37.4% en los tumores malignos.

Conclusiones

El estudio citológico mediante PAAF da un diagnóstico prequirúrgico adecuado debido a su alta sensibilidad.

La realización de una parotidectomía parcial superficial no implica mayor incidencia de recidivas tumorales, ni mayor riesgo de lesiones del nervio facial.

La monitorización del nervio facial es de ayuda durante la intervención, no siendo motivo de contraindicación quirúrgica el no realizarla.

Declaración de conflicto de intereses

No existen conflictos de interés

Bibliografía

1. Suárez Nieto C, Gil-Carcedo LM, Algarra JM, Medina JE, Ortega del Álamo P, Trinidad Pinedo J. Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Madrid: ed. Médica Panamericana 2009; Tomo 4. P. 3653-88.
2. Llopis Arquer F, Campos Dana JJ. Patología de las glándulas salivares. Barcelona. Editorial Omega. Laboratorios Almirall, S.A. 1995.
3. Bussu F, Parrilla C, Rizzo D, Almadori G, Paludetti G, Galli J. Clinical approach and treatment of benign and malignant parotid masses, personal experience. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2011; 31(3): 135-43.
4. Quer M, Pujol A, León X, López M, García J, Orús C, et al. Parotidectomías en tumores benignos: clasificación «Sant Pau» de la extensión de la resección. Acta Otorrinolaringol Esp.2010; 61:1-5.
5. Balakrishnan K, Castling B, McMahon J, Imrie J, Feeley KM, Parker AJ, et-al. Fine needle aspiration in the management of a parotid mass: a two centre retrospective study. Surgeon. 2005; 3:67-72.
6. Hernando M, Martín-Fragueiro L, Eisenberg G, Echarri R, García-Peces V, Urbasos M, et al. Tratamiento quirúrgico de los tumores de glándulas salivares. Acta Otorrinolaringol Esp.2009; 60(5):340-5.
7. Lee Y.Y.P, Wong KT, King AD, Ahuja A.T. Imaging of salivary gland tumours. Eur J Radiol. 2008; 66:419-36.
8. Granell J, Sánchez-Jara JL, Gavilanes J, Velasco MJ, Collazo T, Herrero J, et al. Manejo de la patolo-

- gía quirúrgica de la glándula parótida: revisión de 54 casos. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2010; 61:189-95.
9. García-Purriños FJ. Trece años de experiencia en parotidectomía parcial superficial como tratamiento de neoformaciones benignas parotídeas. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2011; 62:10-3.
10. Giannone N, Lo Muzio L, Politi M. Extracapsular lumpectomy and SMAS flap for benign parotid tumours: an early outcome in a small number of cases on Frey's syndrome and facial nerve dysfunction. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery.* 2008;36:239-43.
11. Lopez M, Quer M, Leon X, Orus C, Recher K, Verges J. Utilidad de la monitorización del nervio facial en la cirugía de la glándula parótida. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2001; 52:418-21
12. Dulguerov P, Marchal F, Lehmann W. Parotidectomie et fonction faciale: Etude genevoise 1994-1998. *Med Hyg.* 1998;56:1965-70.
13. Chedid HM, Rapoport A, Aikawa KF, Menezes Ados S, Curioni OA. Warthin's tumor of the parotid gland: study of 70 cases. *Rev Col Bras Cir.* 2011 Mar-Apr;38(2):90-4