

PAROTIDECTOMÍA SUPERFICIAL Y TOTAL EN NEOPLASIAS PAROTÍDEAS: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA CIRUGÍA MAXILOFACIAL EN EL SALVADOR

Ludwing Manuel Alfredo Méndez Fuentes¹

Recibido 25/11/19

Aceptado 17/12/20

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio analiza la prevalencia de las neoplasias parotídeas en la región occidental de El Salvador, así como algunos casos en San Salvador en el área pública y privada como cirujano maxilofacial. También, pretende observar los resultados de la parotidectomía superficial o total con conservación del nervio facial como tratamiento definitivo. **Pacientes y Métodos:** Estudio analítico, retrospectivo y longitudinal con 37 pacientes de la zona occidental de El Salvador; con neoplasias parotídeas, fueron evaluados 31 pacientes sin importar sexo y fueron operados realizándoles parotidectomía superficial y total en el período comprendido entre 2009-2019. Hubo seguimiento posquirúrgico entre 9 años y 6 meses, evaluando complicaciones quirúrgicas, algunos pacientes ya no asistieron más a sus controles. **Resultados:** De todas las neoplasias salivales el 68.5 % se encontraron en la glándula parótida. El 86.5 % de las neoplasias fueron benignas. El tumor más frecuente fué el adenoma pleomorfo (67.7 %), el tumor de Whartin (6.4 %). Se reportan carcinomas mucoepidermoides (8.1 %), adenocarcinoma parafaríngeo (2.7 %) referidos a oncología, siendo el único tumor maligno operado un linfoma de Hodgkin (2.7 %). Las complicaciones más frecuentes fueron la paresia de el nervio gran auricular (100 %), la mayoría recuperó al año y medio algún grado de sensibilidad sin ser cuantificada, la neuropraxia leve transitoria se observó en 16 pacientes (51.6 %) de las cuales 15 remitieron en su totalidad entre las 2-4 semanas, quedando una paciente con debilidad de la ceja izquierda después de 5 años; además, hubo una parálisis total en linfoma de Hodgkin donde se sacrificó el nervio facial. Se presentaron 3 necrosis de colgajo y 4 síndromes de Frey. Hasta la fecha no existe ninguna recidiva. **Discusión:** En este estudio se evidenció la incidencia de tumores benignos en la glándula parótida en concordancia con los reportes internacionales; siendo el adenoma pleomorfo seguido del tumor de Whartin, los tumores más comunes que afectan más al género femenino y al lado derecho. La parotidectomía como tratamiento para el manejo de neoplasias parotídeas benignas y malignas de bajo grado es efectiva por la no recidiva a la fecha sin mayores complicaciones.

Palabras clave: Neoplasias parotídeas, Adenoma Pleomorfo, Parotidectomía Superficial.

1/ Cirugía Maxilofacial, Hospital San Juan de Dios, Santa Ana, El Salvador. Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de odontología, Universidad Autónoma de Santa Ana ludwingmendez@yahoo.com

SUPERFICIAL AND TOTAL PAROTIDECTOMY IN PAROTID GLAND NEOPLASM: A 10 YEARS EXPERIENCE MAXILLOFACIAL SURGERY IN EL SALVADOR

Abstract

Objective: The present study analyze parotid neoplasm prevalence in western region from El Salvador as well as, some cases at the capital to our country, either public area or private area, as a maxillofacial surgeon. It's also pretend to observe superficial or total parotidectomy outcomes with facial nerve preservation, as a definite treatment. **Patients and Methods:** Analytic, retrospective and longitudinal study where 37 patients, from the western part from El Salvador, with parotid neoplasms were evaluated, of these, only 31 patients, regardless of sex, were operated, performing superficial and total parotidectomy in the period between 2009-2019. Post-surgical follow-up was given between 9 years and 6 months, evaluating surgical complications, some patients no longer attended their controls. **Results:** Of all salivary neoplasms, 68.5% were found in the parotid gland. 86.5% of the neoplasms were benign. The most frequent tumor was pleomorphic adenoma (67.7%), Whartin's tumor (6.4%). Mucoepidermoid carcinomas (8.1%), parapharyngeal adenocarcinoma (2.7%) were reported that were referred to oncology, being the only malignant tumor operated Hodgkin lymphoma (2.7%). The most frequent complications were paresis of the great auricular nerve (100%), the majority recovered a year and a half some degree of sensitivity without being quantified, transient mild neuropraxia was observed in 16 patients (51.6%) which 15 remitted in its totality between 2-4 weeks, leaving a patient with weakness of the left eyebrow after 5 years; In addition there was 1 total paralysis in Hodgkin lymphoma where the facial nerve was sacrificed. There were 3 flap necrosis and 4 Frey syndromes. To date there is no recurrence. **Discussion:** In this study, the incidence of benign tumors in the parotid gland was evidenced, in accordance with international reports, pleomorphic adenoma followed by Whartin's tumor, the most common tumors, affecting the female gender and the right side. Parotidectomy as a treatment for the management of benign and malignant parotid neoplasms of low grade, is effective due to non-recurrence to date without major complications.

Key words: Parotid neoplasm, pleomorphic adenoma, superficial parotidectomy.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias de glándulas salivales representan apenas el 3 % de todas las neoformaciones de cabeza y cuello^{1,2}. Dentro de los tumores de glándulas salivales, la glándula parótida muestra mayor predisposición en la génesis de neoplasias. La mayoría de autores concuerdan que un 80 % de tumores de glándulas salivales se presentan en la glándula parótida. De este porcentaje el 80 % son neoplasias benignas y el 75 %-80 % el tipo histológico principal es el adenoma pleomorfo³. A este predominio

epidemiológico que posee el adenoma pleomorfo, le sigue el tumor de Whartin (cistoadenoma papilar linfomatoso) en un 15 % y el oncocitoma representa menos del 1 %³.

El tratamiento de elección de las neoplasias parotídeas benignas y tumores malignos de bajo grado es la parotidectomía superficial o total, la cual disminuye de un 35 % a un 2 %^{1,4,5} la tasa de recidiva, además de ser raro el daño permanente del nervio facial. El presente estudio analiza la prevalencia de las neoplasias parotídeas en el área occidental de

El Salvador como servicio de cirugía maxilofacial tanto en área pública y privada. Así también observa los resultados obtenidos con la técnica de parotidectomía superficial o total con conservación del nervio facial según se requiera, como tratamiento definitivo.

Se realiza un estudio analítico, experimental y longitudinal en el período comprendido entre los años 2009 -2019, evaluando 37 pacientes con neo-

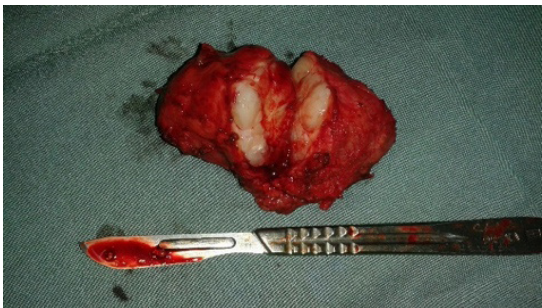
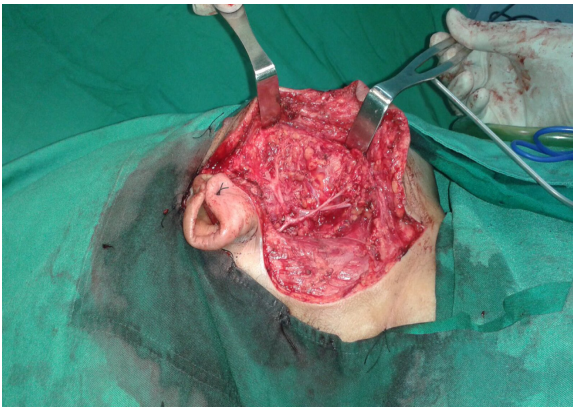
plasias parotídeas de las cuáles solo se realizaron 31 parotidectomías presentadas en el servicio de cirugía maxilofacial, siendo incluidas todas las neoplasias benignas (30), el linfoma (1) incluido fue por un diagnóstico histológico falso de lesión linfoepitelial benigna. La muestra se compuso de la siguiente manera (Tabla 1): 23 mujeres (74 %) y 8 hombres (26 %) de todos los grupos etáreos siempre y cuando tuvieran diagnóstico de neoplasia.

Neoplasia	Total	♂	♀
Adenoma pleomorfo	(21 neoplasias)	16.1 % (5)	51.6 % (16)
Tumor de whartin	(2 neoplasias)	-	6.4 % (2)
Adenoma monomorfo	(1 neoplasia)	--	3.2 % (1)
Oncocitoma	(1 neoplasia)	--	3.2 % (1)
Pilomatrixoma	(1 neoplasia)	3.2 % (1)	--
Lipoma	(1 neoplasia)	--	3.2 % (1)
Lesión linfoepitelial benigna	(1 neoplasia)	3.2 % (1)	--
Linfoma de hodgkin	(1 neoplasia)	--	3.2 % (1)
Quistes parotídeos	(2 Quistes).	3.2 % (1)	3.2 % (1)
TOTAL	31	26 % (8)	74 % (23)

Tabla 1. Distribución de los tumores según el sexo.

A todos los pacientes se les realizó ultrasonografía y Punción aspirativa con aguja fina (PAAF), ya que está contraindicada la biopsia a cielo abierto por causar daño inadvertido a estructuras vitales y para evitar siembras cutáneas tumorales². Si el paciente podía pagarlo se indicaba TAC. Todos fueron sometidos bajo anestesia general parotidectomía

superficial o total según lo ameritara el caso. Solo se utilizó en una cirugía estimulador nervioso. Una paciente con lipoma manifestó haber sufrido parálisis facial en los años 80 por estrés; al momento de la cirugía conservaba movimientos faciales, aunque la ceja derecha débil.



Neoplasia \ Edad	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69
Adenoma pleomorfo	1	3	4	4	8	1
Tumor de whartin		1			1	
Quiste parotídeo					2	
Lesion lb					1	
Oncocitoma						1
Lipoma						1
Pilomatrixoma				1		
Adenoma monomorfo					1	
Linfoma no hodgkin				1		
TOTAL	1	4	4	6	13	3

Tabla 2 . Distribución de tumores según el grupo etáreo.

Resultados: El grupo etario que muestra mayor predominio en la incidencia de tumores son de la 6° década de vida (Tabla 2). Además que el lado derecho mostró mayor predilección en el desarrollo de neoplasias que el lado izquierdo (Tabla 3).

Lado afectado	Pacientes	%
Derecho	22	71%
Izquierdo	9	29%

Tabla 3. Distribución de tumores según el lado afectado.

De todas las neoplasias salivales evaluadas, la glándula parótida mostró predominio neoplásico, en un 68.5 % (Tabla 4).

Glándula	Benignas	Malignas
Glándula parótida	33 (61 %)	4 (7.5 %)
Glándula submaxilar	3 (5.5 %)	3 (5.5 %)
Glándula sublingual	-	-
Glándulas menores	5 (9.2 %)	6 (11.1 %)
TOTAL	41	13

Tabla 4. Glándulas salivales afectadas por neoplasias. mayor predominio parotídeo.

Dentro de todas las neoplasias parotídeas, el 89 % fueron neoplasias benignas y el 11 % neoplasias malignas (Tabla 5).

GLÁNDULA PARÓTIDA	88 % BENIGNAS	11 % MALIGNAS
-------------------	---------------	---------------

Tabla 5. Predominio neoplasia benigna en glándula parótida.

Dentro de los tumores benignos los más frecuentes (Tabla 1) fueron el adenoma pleomorfo (67.7 %), el tumor de Whartin (6.4%) y quistes parotídeos (6.4%). El tumor maligno operado fue un linfoma de Hodgkin manejado en un servicio de hematología con 9 años de evolución, aunque se presentaron 3 carcinomas mucoepidermoides referidos a oncología. Se realizaron 21 (67.7 %) parotidectomías superficiales con conservación del nervio facial y 10 (32.3 %) parotidectomías totales de las cuales 9 se conservó nervio facial y en 1 se sacrificó (Tabla 6).

Diagnóstico	Motivo de tratamiento
1 Linfoma	Rasgos de malignidad transoperatorio
1 Adenoma pleomorfo	Afectación lobulillo profundo y espacio parafaríngeo
6 Adenomas pleomorfos	Afectación lóbulo profundo
2 Adenomas pleomorfos	Recidiva multilobulada por tumorectomía

Tabla 6. Parotidectomía total.

Parte de la muestra la constituyeron 7 pacientes que les realizaron, en otros centros quirúrgicos, biopsias a cielo abierto; además, 2 pacientes con recidivas neoplásicas por tumorectomía por lo que se les realizó la cirugía. Las complicaciones más frecuentes fueron la paresia de el nervio gran auricular (100 %), aunque la mayoría recuperó al año y medio algún grado de sensibilidad sin ser cuantificado, la neuropatía leve transitoria se observó en 16 pacientes (48.4 %) las cuales remitieron en su totalidad entre las 2-4 semanas, hubo 1 parálisis total (3.2 %) en paciente con linfoma, además de una paciente con debilidad en el movimiento de la ceja izquierda después de 5 años. Se presentaron 3 necrosis de colgajo y 4 síndromes de Frey. A la fecha no existe ninguna recidiva. El seguimiento de los pacientes oscila entre 9 años y 6 meses a la fecha. Se reporta sialorrea por remanente del lóbulo profundo en el 100 % de pacientes, excepto en las parotidectomías totales que cede de manera espontánea más vendaje compresivo entre 2-4 semanas. Aunque utilizando drenaje aspirativo Jackson-Pratt, en los últimos 10 pacientes, se observa desaparición de sialorrea a los 10 días posquirúrgicos.

Diagnóstico	Comentario
Paresia del nervio gran auricular en 31 pacientes	En todos los casos, se sacrificó sensibilidad se restablece hasta un 50%
Neuropraxia transitoria en 16 pacientes	Por manipulación,pero se recobra mímica facial entre 2-4 semanas, en una paciente se recupero hasta un 90% movimiento de la ceja por uso excesivo electrocauterio
Necrosis de colgajo en 3 pacientes	Mal diseño del colgajo,curación por segunda intención
Síndrome de frey en 4 pacientes	Se desconoce causa, en todos los casos se realiza colgajo de smas. la hipótesis sería posible dehiscencia de colgajo
Sialorrea	En todos los pacientes, remitía entre 2-4 semanas. con el uso de drenos aspirativos por 10 días , no se observa

Tabla 7. Principales complicaciones.

Discusión: Dentro de los tumores de glándulas salivales, la glándula parótida muestra mayor predisposición en la génesis de neoplasias. La mayoría de autores concuerdan que un 80 % de tumores de glándulas salivales se presentan en la glándula parótida. De este porcentaje el 80 % son neoplasias benignas y el 75 %-80 % el tipo histológico principal es el adenoma pleomorfo³. Dell’aversana⁵, menciona que en un 70 % de tumores de glándulas salivales aparecen en la parótida con un 85 % prevalencia el adenoma pleomorfo. Papadogeorgakis⁶ le concede una tasa de prevalencia de 60-70 % al adenoma pleomorfo. Shikhani⁷ menciona una relación de 80% neoplasia parotídeas, 80 % son benignas y 60 % adenomas pleomorfos. García Purriños⁸ habla de una relación de entre 70 %-80 % son tumores benignos parotídeos y el 65 % son adenomas pleomorfos.

En este estudio se evidenció la incidencia de tumores benignos parotídeos en El Salvador en consonancia con los reportes internacionales, siendo el adenoma pleomorfo seguido del tumor de Whartin, los tumores más comunes, afectando más al género femenino y mostrando al lado derecho³ como el más susceptible. Además, se ha podido contrastar nuestra población con el estudio de Germano Guerra⁹ et al, quién menciona que los tumores benignos de parótidas se encuentran entre el 70 %-80 %, además Guerra cita a Everson¹⁰ quien hace una revisión de 2410 pacientes y ad-

vierte que estos tumores pueden aparecer a cualquier edad, pero la más alta incidencia está entre la 4° y 6° década de vida al igual que nuestra serie, que la incidencia esta entre la 5° y la 6° década de vida. Aparte de la concordancia con los datos epidemiológicos queda establecido la contraindicación de biopsias a cielo abierto² como también la escisión quirúrgica de todos los tumores parotídeos benignos y malignos de bajo grado por medio de una parotidectomía superficial y total^{1,3,4,11} que desde los años 50 quedó establecido como tratamiento adecuado para esta entidad patológica y es el método de tratamiento empleado por nuestra especialidad.

Agradecimientos: A mi querido maestro Dr. Alejandro Ostrosky, Cirujano maxilofacial y Otorrinolaringólogo, Hospital Mariano y Luciano de la Vega, Buenos Aires, Argentina, quien con su vasta experiencia me aconsejó, diciéndome siempre la verdad, lo necesario para que este artículo tuviera buen fundamento científico.

Fuentes de información consultadas

1. Leverstein H, Van Der Wal JE, Tiwari RM, Van Der Waal I, Snow GB. Surgical Management of 246 previously untreated pleomorphic adenomas of the parotid gland. *British Journal of Surgery* 1997; 84:399-403
2. Lin CC, Tsai MH, Huang CC, Hua CH, Tseng HC, Huang ST. Parotid Tumors: a 10-year experience. *American Journal of Otolaryngology-Head and Neck Medicine and Surgery* 29 (2008) 92-100
3. González Paz T, Paulos Novoa M, Nehme Paz A, Álvarez Curro G, Rodríguez Acevedo N, Arán González I. Nuestra experiencia en cirugía parotídea tumoral. *Acta Otorrinolaringol.Gallega* 2015;8(1):63-69
4. Velasco I, Salinas F, Aguilar L, Gallego A, Pastroján J, Fariña R, Soto R, Mebus C, Zurbuchen A. Consideraciones anatómicas en la parotidectomía : Revisión de la literatura a propósito de un caso . *Int. J. Morphol.* 31(1):231-238, 2013.
5. Dell'Aversana Orabona G, Bonavolonta P, Iaconetta G, Forte R, Califano L. Surgical Management of benign tumors of the Parotid Gland: Extracapsular Dissection versus Superficial Parotidectomy –Our Experience in 232 Cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 71: 410-413. 2013.
6. Papadogeorgakis N. Partial superficial parotidectomy as the method of choice for treating pleomorphic adenomas of the parotid gland. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 49(2011)447-450
7. Shikhani AH, Johns ME. Tumors of the major salivary glands in children. *Head Neck Surg* 1988;10:257-63
8. García Purriños FJ. Trece años de experiencia en parotidectomía parcial superficial como tratamiento de neoformaciones benignas parotídeas. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2001; 62(1):10-13.
9. Guerra G, Testa D, Montagnani S, Tafuri D, Salzano FA, Rocca A, et al. Surgical management of pleomorphic adenoma of parotid gland in elderly patients: Role of morphological features. *International Journal of surgery* 12(2014) S12-S16.
10. Eveson JW, Cawson RA. Salivary gland tumours. A review of 2410 cases with particular reference to histological types, site, age and sex distribution. *J. Pathol.* 146(1985) 51-58
11. Vázquez –Muñoz MI, Elhendi-Halawa W, Caravaca-García A, Ruiz-Fito R y col. Parotidectomía: revisión bibliográfica y análisis de nuestros resultados en los últimos 6 años. *An Orl Mex* 2014; 59:126-132.