

Reporte de Casos Incidencia del Tumor de Parótida en el I.V.S.S. de Guarenas*

Dr. Sharon Cimolino S.***

Dr. Alí Peñaloza A. **

Dr. José Barrera***

Dr. Vicente Rubinaccio****

RESUMEN

El objetivo de este estudio es presentar la incidencia de los tumores de la Glándula Parótida en el Hospital Dr. Luis Salazar Domínguez, I.V.S.S. Guarenas, desde el año 1988 hasta marzo 1993.

Se revisaron las historias clínicas de 834 pacientes del Servicio de Cirugía, reportándose 2 (0,23%) casos clínicos de esta Patología.

ABSTRACT

The object of this study is: to present the incidence of Parotida Gland Tumors in the «Hospital Dr. Luis Salazar Domínguez I.V.S.S. Guarenas» since the period April 1988 - March 1993. There were reviewed 834 cases of the Surgery Service and there were reported only 2 cases (0,23%) of this Pathology.

PALABRAS CLAVES

Tumor Parótida

INTRODUCCION

La Patología tumoral de las glándulas salivales ha sido una entidad poco frecuente aún en nuestros días. Su incidencia en relación a la Patología tumoral general es de tan sólo el 2,5%, siendo más frecuente en las glándulas parótidas en un 80%: le siguen las submandibulares en un 10%, las sublinguales menores en un 9% y la sublingual en 1%.

En cuanto a su histología, es más frecuente la patología benigna (en un 80% de los casos), siendo al Adenoma Pleomórfico (tumor mixto) el de mayor incidencia, y entre los menos frecuentes los adenomas de Células Basales. 2,15

La presentación clínica de esta entidad se caracteriza por un tumor en el región parotídea (por ser ésta la localización más frecuente de este tumor), no doloroso, difuso, de consistencia dura, fija, de crecimiento lento y que difícilmente afecta al nervio facial, salvo que sea un tumor maligno.

El diagnóstico definitivo se hace con una biopsia a cielo abierto, aunque también, se pueden establecer con una punción aspiración, la cual puede ser dudosa o de diagnóstico incierto en un 15%.

El tratamiento consiste en la extirpación de dicho tumor y luego se determina su variedad histológica, siendo la presentación benigna, la más frecuente. El procedimiento quirúrgico de elección es la Parotidectomía Superficial o Total con Conservación del nervio Facial y sus ramas. 1,13

Se han descrito recurrencias en algunos pacientes; las cuales pueden presentarse a partir de los 6,6 años posteriores a la Parotidectomía. 13

CASOS CLINICOS

Caso #1

Se trata de paciente masculino de 38 años de edad, natural y procedente de Guarenas, que consultó por presentar tumor en región lateral derecha del cuello, de 7 años de evolución.

Examen Físico: Tumor de 6 x 5 cms. en región lateral derecha superior del cuello, fija, de consistencia dura, no

*Trabajo realizado en el Hospital "Dr. Luis Salazar Domínguez", I.V.S.S., Guarenas, durante el período 1988 al 1993.

**Adjunto del Servicio de Cirugía.

***Residente del Servicio de Cirugía.

****Médico Especialista en Ejercicio Privado.

dolorosa a la palpación.

Estudios: Se realizó Sialografía que reporta aumento de volumen de la glándula parótida.

Intervención Quirúrgica: Se visualizó un tumor de 6 x 5 cms. en lóbulo profundo, y se realizó Parotidectomía Total Derecha con Conservación del Nervio Facial y sus ramas principales.

Biopsia: Adenoma Pleomórfico Benigno.

Evolución: Egresó en buenas condiciones generales y sin complicaciones posteriores.

Caso # 2

Se trata de paciente femenino de 48 años, natural y procedente de Guarenas, quien consultó por presentar tumor en región lateral derecha del cuello, de 6 meses de evolución, y con paresia del nervio facial.

Examen Físico. Se observó tumor en región lateral derecha superior del cuello y de 5 cms. de diámetro.

Estudios: Se realizó Tomografía (TAC) que reportó tumor compatible con proceso neoplásico.

Intervención Quirúrgica: Parotidectomía Otral Derecha con Conservación del Nervio Facial y sus Ramas.

Biopsia: Adenoma Pleomórfico Benigno.

Evolución: Egresó en buenas condiciones generales y sin complicaciones posteriores.

COMENTARIOS

1. Aunque el grado de malignidad en la Patología Tumoral de la Glándula Paroideá es baja, debe practicarse resección del Tumor ya que se ha descrito en la Literatura Mundial, casos de malignización de tumores benignos: 5 siendo el porcentaje descrito de malignización entre un 3 a 9%, dependiendo de la edad de la paciente y del tiempo de evolución del tumor. 13

Y como bien sabemos, el diagnóstico definitivo se establece con la Biopsia a Cielo Abierto. Por ello, ante la duda de malignidad, lo más conveniente será realizar la excéresis del Tumor y Estudio Anátomo Patológico de la pieza extirpada.

2. En raras ocasiones, la parálisis facial se asocia a Tumor Benigno de la Parótida. La parálisis presumiblemente resulta de la compresión extrínseca del nervio descrito. Así también, se ha encontrado infiltración del hueso temporal de la apófisis estilomastoidea, afectando por ende, el paso del nervio. 8,3.

3. Es de relativa utilidad la realización de una Radiografía simple de Cuello, ya que a través de este método sencillo, se puede evidenciar en algunos casos calcificaciones que parecen estar relacionadas con una evolución de larga data. 6, 11.

BIBLIOGRAFIA

1. AL - NAQUEEB. «Parotid Gland Tumors a 15 years Experience. I - R - Coll - Surg - Edinb; 1992 Apr; 37 (2); p. 89 - 93.
2. BELLOC J. B. MUCO - Epidermoid Tumors of the parotid gland. Diagnostic and Therapeutic Attitudes. Ann - Otolaryngol - Chir - Cervico Fac; 1991; 108 (2); p.119-25
3. BLENVINS N.H. Facial Paralysis due to bening parotid tumors. Arch Otolaryngol Head Neck Surg; 1992 Apr; 118 (4); p. 427 - 30.
4. CALDERARO F. Patología de la Glándula Parótida. Experiencia en el Hospital Risquez. Trabajo presentado en el XXII Congreso Venezolano de Cirugía 1993.
5. DI PALMA S. MYO - Epitelioma Maligno en un Adenoma Pleomórfico de la Glándula Parótida Histopathology; 1991 Sept; 19 (3); p.273-5.
6. HARRISON J.D. Ultrastructural observation of calcification in a pleomorphic adenoma of the parotid gland. Ultrastruct - Pathol; 1991 Mar - Apr; 15 (2); p.185 - 8.
7. KANE W.J. Primary Parotid Malignancies. A clinical and pathologic review. Arch. otolaryngol - Head - Neck - Surg; 1991 Mar; 117 (3); p. 307 - 15
8. LEGENT F. Infratemporal Region Extension of Malignant Tumors of the Parotid with deep development. Hypotheses on deep extension of parotid tumors according to bening or malignant characteristics. Ann - Otolaryngol - Chir - Cervico Fac; 1992; 108 (2); p. 87-90.
9. MARK J. Karyotypic variability and evolutionary characteristics of A. Polimorphous low grade adenocarcinoma in the parotid gland, Cancer - Genet - Cytogenet; 1991 Aug.; 55 (1); p. 19 - 29.
10. PIQUET J. J. Medium - Malignancy tumors of the parotid gland. Ann - Otolaryngol - Chir - Cervico Fac; 1990; 107 (8); p 532 -7.
11. RAMPONIA. Immunohistochemical study of Monomorphic Adenoma of the Parotid Gland. Acta - Otorhynolaryogol - Ital; 1991 Jan Fed; 11 (1); p.53 - 61.
12. SPENCER J. Ossifying Parotid Carcinoma ex pleomorphic Adenoma. I - Comput- Assit - Tomogr; 1991 May - Jun 15 (3); p. 516-8
13. TAKA HAHASKI. Clinico - Pathological Findings of recurrent Pleomorfhic Adenomas of the Parotid Gland. Nippon - Jibinkoka Gakkai - Kaiho; 1991 Apr; 94 (4); p. 489 - 94.
14. VERONESI. Trattato di Chirurgia Oncologica. Veronesi. 1989. Torino. Italia.
15. WU Q.G. Clinical and Pathological Analysis of 31 cases of salivary gland basal cell Adenoma. Chug - Hua - Kou - Chiang - Hsved - Tsa - Chih; 1990 Sep; 25 (5); p. 265 - 7, 317.