

Tumor parotídeo y parálisis facial en un paciente anciano

Tte. Cor. M.C. Adelaido **López-Chavira**,*

Mayor M.C. Jesús Abel **García-Mendoza**,** Tte. Cor. M.C. Marcos A. **Rodríguez-Perales**,***

Tte. Cor. M.C. Mariana **Aragón-Flores**,**** Mayor M.C. Calvario **Ramírez**

Sesión Clinicopatológica del Hospital Central Militar. Ciudad de México
Febrero 22, 2003

RESUMEN

Se presenta y discute el caso de un paciente masculino de 87 años de edad, quien inicia padecimiento caracterizado por tumor de parótida izquierda, dolor, parálisis facial periférica y adenopatías múltiples ipsilaterales, que orientó al diagnóstico clínico de tumor maligno de dicha región. Dicha patología de difícil diagnóstico en los procedimientos de biopsia realizados (por aspiración con aguja fina, estudio transoperatorio e histopatológico definitivo) nos muestra la dificultad de tener un diagnóstico histológico preciso preoperatorio, esto aunado a la diversidad y relativa rareza de estos tumores. Nuestro paciente cursaba con un tumor maligno de reciente descripción y clasificación, el cual fue tratado en forma multidisciplinaria, tanto quirúrgicamente, con cirugía radical y radioterapia postoperatoria, así como manejo de secuelas debido a la lesión del nervio facial.

Palabras clave: tumor de parótida, biopsia, cirugía radical, radioterapia.

Caso clínico

Se trata de un paciente del sexo masculino de 87 años de edad, médico militar retirado, quien ingresa al Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Central Militar el día 8 de julio de 2002, referido del Hospital Militar Regional de Puebla, Pue., con los siguientes datos de interés para el padecimiento actual:

Antecedentes personales no patológicos

Originario de Coahuila y radicado en Puebla; médico militar retirado; alérgico a las sulfas; sin hemotransfusiones

Parotid tumor and facial paralysis in an elder patient

SUMMARY

We discuss the clinical case of a 87 years-old male patient, whom started his illness with a left parotid tumor, pain, peripheral facial paralysis and multiple neck lymphatic nodules. The initial clinical diagnosis was a parotid glandular malignant tumor. This pathology was difficult in making diagnosis, nevertheless with the multiple biopsies, like: fine needle aspiration biopsy, histopathological transoperative study and the definitive histological specimen. This tumor are rare and can have a multiple cellularity. Our patient had a relatively rare tumor, whom was managed in multidisciplinary manner.

Key word: Parotid tumor, biopsy, radical surgery, radiotherapy.

previas; tabaquismo moderado, intermitente, suspendido hace 10 años; etilismo social.

Antecedentes personales patológicos

Prostatectomía retropúbica en 1976 por hiperplasia prostática benigna. Encame en este hospital en 1990 por faringitis por reflujo.

Padecimiento actual

Ingresó a este hospital el 8 de julio de 2002 con una evolución aproximada de dos meses caracterizada por dolor en región preauricular izquierda, aumento de volumen en zona

* Jefe de Sala de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Central Militar (HCM). México. ** Residente de 4/o. Año Curso Especialización y Residencia en ORL y CCC, EMGS. *** Jefe del Servicio de ORL y CCC, HCM. **** Jefe del Servicio de Patología, HCM. ***** Adscrito al Servicio de Radiología, HCM.

Correspondencia:

Dr. Adelaido López Chavira

Jefe de Sala de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, HCM. México. Blvd. Manuel Ávila Camacho Esq. Ejército Nacional. Lomas de Sotelo. México, D.F. C.P. 11250.

Recibido: Noviembre 18, 2003.

Aceptado: Febrero 3, 2004.

parotídea izquierda, debilidad de la mímica facial ipsilateral y crecimientos ganglionares cervicales ipsilaterales.

Exploración física de ingreso

Paciente masculino, anciano, de constitución delgada, consciente, orientado, cooperador, íntegro física y mentalmente, con los siguientes datos positivos: TA 120/70, FC 86, FR 21, Temp. 36.5, peso 60 kg, talla 1.62 m, cabeza y cuello con desviación de la comisura labial a la derecha; otoscopia sin alteraciones; ojos con ptosis de párpado superior izquierdo; borramiento de arrugas frontales ipsilaterales e incapacidad para elevar la ceja izquierda (todos estos datos indicativos de parálisis facial izquierda de tipo periférico); rinoscopia normal; orofaringe sin alteraciones. Aumento de volumen en región preauricular izquierda de 2 x 3 cm, sólida, fija a planos profundos, no dolorosa, sin cambios superficiales en piel ni ruidos auscultables. Presencia de crecimientos ganglionares múltiples en cadena yugular izquierda alta (nivel II) y en triángulo cervical posterior (nivel V o espinal), renitentes, no dolorosos, el mayor de 2 x 2 cm. Resto de la exploración general por aparatos y sistemas sin datos relevantes.

Estudios de laboratorio

Biometría hemática con hemoglobina de 11.6 g/dL, hematócrito de 33.8%, plaquetas 219 mil; química sanguínea con glicemia de 125, BUN 19, creatinina 1.8 g/dL; examen general de orina normal; electrolitos con Na de 149, K 4.4, Cl 111; pruebas de coagulación con TP de 16.3 seg, TTP de 39.1 seg. Electromiografía del nervio facial reportó axonotmesis severa del nervio facial izquierdo (lesión debajo de la cuerda del tímpano). Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) del tumor preauricular reportó células epiteliales malignas, compatibles con adenocarcinoma. Se realizaron estudios de imagen que se informan en el comentario radiológico. Riesgo cardíaco grado III/IV.

Comentario radiológico

La radiografía tele de tórax se reportó normal para su edad; un ultrasonido abdominal y renal mostró riñones con cambios inflamatorios crónicos en forma bilateral, resto del abdomen normal; tomografía computarizada de cuello y cara, simple y con contraste endovenoso mostraba presencia de masa en parénquima de parótida izquierda, ovoide, de 3 cm de diámetro mayor que refuerza con el contraste en forma heterogénea y difusa, sin invasión evidente a estructuras óseas, musculares ni a tejido subcutáneo adyacente. Se observaban múltiples crecimientos ganglionares en región cervical izquierda limitados a cadena yugular alta y triángulo posterior en el trayecto del nervio espinal, algunos con cambios heterogéneos y zona central hipodensa sugerente de necrosis. Resto de estructuras cervicales sin alteraciones (*Figura 1*).

Análisis clínico

Se trata de paciente masculino de 87 años de edad quien presenta un cuadro de dos meses de evolución, caracteriza-

do por tumoración que afectaba la zona parotídea izquierda, al nervio facial en forma periférica y con adenopatías cervicales ipsilaterales. Estos datos, en conjunto con el dato de dolor, orientaron a la sospecha clínica inicial de una patología compatible con un tumor primario de parótida izquierda de tipo maligno. El primer paso fue el de evidenciar o comprobar la estirpe histológica del tumor, para lo cual se practicó BAAF, la cual se reportó compatible con células malignas, probablemente un adenocarcinoma de parótida. El segundo paso consistió en la etapificación de la neoplasia de acuerdo con el sistema TNM (tumor, nódulo, metástasis), la cual consistió en un T2bN2bM0 (T2b por tumor entre 2-4 cm, con afección clínica y electromiográfica del nervio facial; N2b por adenopatías múltiples, ipsilaterales, ninguna mayor de 3 cm y M0 por ausencia de metástasis distantes) que correspondía a una etapa clínica IV de la enfermedad (*Figura 2*). Des-



Figura 1. Tomografía computarizada de cuello y cara, muestra masa en parénquima de parótida izquierda.



Figura 2. Tumora-ción que afecta zona parotídea izquierda con adenopatías cervicales ipsilaterales.

pués de una valoración integral del paciente y debido a sus buenas condiciones generales, se decidió manejo quirúrgico consistente en: parotidectomía radical más disección radical clásica de cuello, izquierdos y manejo postoperatorio con radiaciones ionizantes.

Técnica quirúrgica

Bajo anestesia general e intubación orotraqueal, con hiperextensión y rotación cervical a la derecha se realiza incisión parotidocervical extendida hasta nivel supraclavicular y complementando incisión final en "Y" al triángulo posterior (de Frazier o Schobinger modificada) (Figura 3). Se elevan colgajos subplatismales en sentido anterosuperior, delimitando todas las áreas ganglionares y triángulos cervicales hasta región facial parotídea. Se diseña contenido ganglionar del nivel supraclavicular y yugula inferior (V y IV) en sentido superior y anterior, continuando con sección de extremo inferior del músculo esternocleidomastoideo (MECM), exponiendo, ligando y cortando la vena yugular interna en su extremo caudal. También se identifican las ramas al trapecio y al MECM del nervio espinal (XI par), las cuales se seccionan. Se continúa disección hacia los niveles yugulares medios, altos y triángulo submandibular (niveles III, II y I), así como a la región espinal alta (V y II-Bis). En la región cervical se localizan e identifican múltiples adenopatías en los niveles II, II-Bis y V, ninguna mayor de 2 cm, sobre todo en el trayecto del nervio espinal, sin infiltración franca del mismo y otros menores de 1.5 cm en todos los restantes niveles ganglionares (Figura 4). Después de la fase inicial de disección de cuello se procede a la disección e identificación del tumor en la parótida izquierda, adherido e infiltrando en forma macroscópica franca en un área de 3 cm² al tronco principal y al nacimiento de las ramas cervicofacial y temporofacial del VII par craneal (Figura 5). Se toman muestras para estudio histopatológico transoperatorio (EHTO),



Figura 4. Múltiples adenopatías en los niveles II, II-bis y V, en especial en el trayecto del nervio espinal.

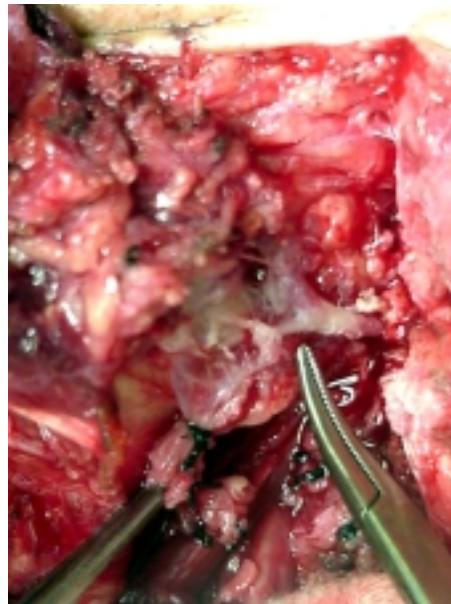


Figura 5. Disección del tumor en la parótida izquierda.



Figura 3. Incisión parotidocervical extendida complementada con incisión final en "Y" al triángulo posterior.

tanto del tumor primario como del ganglio yugulodigástrico (esto en forma inicial, previo al comienzo de disección formal del cuello), reportándose como positivas a células malignas y compatible con carcinoma epidermoide. Se continúa el acto quirúrgico, realizando una parotidectomía radical, consistente en: parotidectomía más resección del nervio facial, quedando éste con márgenes libres de tumor a 0.5 cm del agujero estilomastoideo y resecando 2 cm en forma distal en sus ramas principales, después de la bifurcación; resección de fibras del músculo masetero y resección de músculos estilohioideo y vientre posterior del digástrico, así como fragmento del cartílago tragal, dejando lecho quirúrgico macroscópicamente sin tumor (Figura 6). Ante la evidencia macroscópica de exentera-

ción completa del tumor se decide injertar puente nervioso en el tronco principal del VII par y a sus dos ramas proximales, obtenido del nervio auricular mayor, suturado con nylon 8-0. Se realiza hemostasia, colocación de drenaje de tambor y cierre por planos. Se envía pieza quirúrgica a Patología, señalizada en sus diferentes niveles, para estudio definitivo. El paciente cursa el postoperatorio inmediato sin complicaciones.

Manejo complementario

A las cinco semanas del postoperatorio y después de haber cicatrizado satisfactoriamente pequeña dehiscencia en la confluencia de los colgajos cervicales, el paciente inicia tratamiento complementario con radioterapia postoperatoria adyuvante, en una fase inicial a dosis de 40 Gy (4,000 Rad) en 25 sesiones y una segunda fase de 20 Gy. Después de un periodo intermedio de descanso se le da una tercera fase con 10 Gy, para recibir 70 Gy totales, que termina en noviembre-02. En el postoperatorio se le realizó cantopexia de ojo izquierdo para manejo de secuela de parálisis facial. En febrero-03 se le realiza corrección de ectropión paralítico de ojo izquierdo con injerto de piel retroauricular por el Servicio de Oftalmología (oculoplástica), permaneciendo sin evidencia de actividad tumoral.

Estudio anatomopatológico

Este caso fue seleccionado por tratarse de una neoplasia interesante, poco frecuente y de relativa reciente descripción, ya que en la anterior clasificación de tumores de glándulas salivales de la Organización Mundial de la Salud no se incluía.

En este paciente se realizó BAAF, la cual debe ser uno de los primeros procedimientos diagnósticos y para evaluar tumores de la glándula parótida. En la *figura 7* se

observan formaciones tridimensionales con células duc-tales atípicas muy grandes, con acentuado pleomorfismo, con núcleos hipercromáticos y atípicos, con pérdida de la relación núcleo/citoplasma. Observadas individualmente tienen la membrana nuclear muy engrosada y de bordes irregulares, la gran mayoría mostrando nucléolos prominentes, identificando mitosis atípicas. Con esta imagen citológica se emitió el diagnóstico de adenocarcinoma de la glándula parótida.

La *figura 8* muestra la pieza quirúrgica correspondiente a una parotidectomía con disección radical de cuello, que hace evidente una neoplasia parotídea, con una formación multinodular, no encapsulada, de bordes mal definidos y al corte una superficie blanquecina con áreas de aspecto hemorrágico. En los cortes histológicos se observó una neoplasia maligna constituida por grupos irregulares de dife-

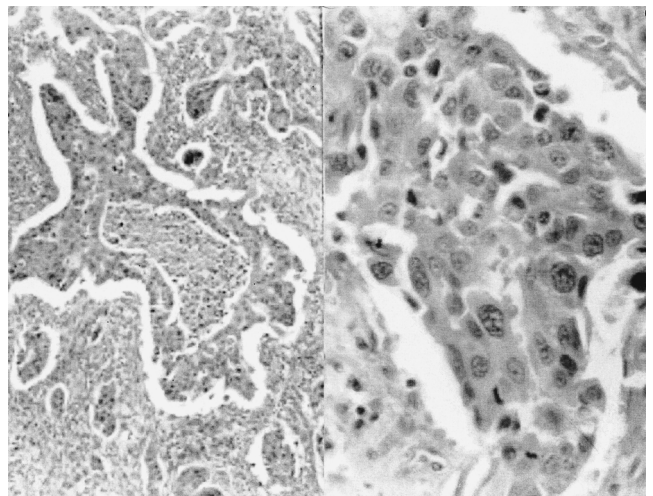


Figura 7. Imagen citológica de la biopsia por aspiración con aguja fina.



Figura 6. Lecho quirúrgico macroscópicamente sin tumor.

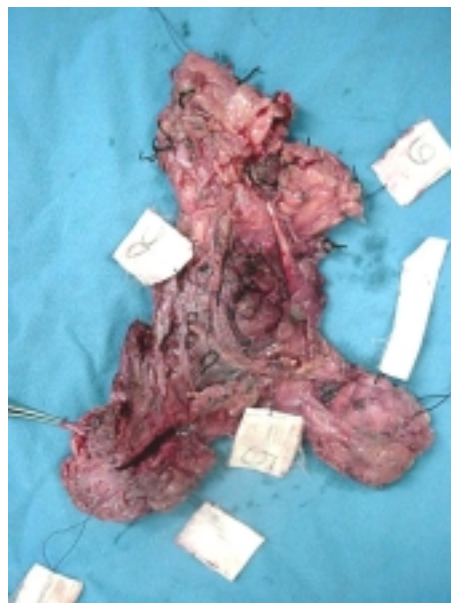


Figura 8. Aspecto macroscópico de la pieza quirúrgica.

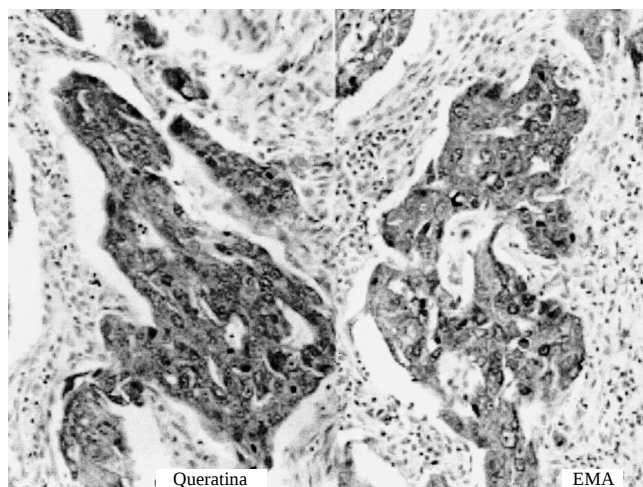


Figura 9. Corte histológico, muestra positividad para citoqueratina y antígeno de la membrana epitelial en las células neoplásicas.

rentes tamaños, que la mayoría de ellos muestra necrosis central llamada comedonecrosis (*Figura 9*), y que le dan un cierto aspecto quístico, entremezclado con zonas de aspecto sólido, además de acentuada reacción desmoplásica, invasión perineural y extensa permeación vascular venosa y linfática, con bordes infiltrantes, dejando estructuras ductales atrapadas. A mayor aumento se observan las características citológicas de las células que constituyen estos grupos y que muestran acentuado pleomorfismo, nucléolos prominentes y figuras de mitosis. Las tinciones de histoquímica fueron positivas para mucopolisacáridos; además, se realizaron reacciones de inmunohistoquímica, las cuales fueron positivas para queratina, antígeno de membrana epitelial (EMA) y antígeno carcinoembrionario (CEA) en las células neoplásicas y fueron negativas para proteína S-100, actina específica para músculo liso y miosina. En conclusión, se llegó al siguiente diagnóstico histopatológico: Q-3723-02- carcinoma ductal de parótida, con infiltración perineural, extensa permeación vascular venosa y linfática; bordes quirúrgicos libres de neoplasia y con metástasis a 22 de 24 ganglios linfáticos, ocho de ellos con ruptura capsular.

Comentario final

Las neoplasias de las glándulas salivales representan un subgrupo relativamente infrecuente y único de tumores, cuyas características peculiares, como son: una clasificación inconsistente, un comportamiento biológico altamente variable, una gran diversidad histológica y la relación anatómica de las glándulas con las estructuras que las rodean, hacen de su diagnóstico y tratamiento un reto.^{1,2} Los tumores de las glándulas salivales comprenden, en adultos, menos de 3% de los tumores del organismo y casi 5% de los tumores de cabeza y cuello.³ Los tumores malignos de la glándula parótida representan 1 a 3% de todos los tumores de cabeza y cuello.⁴ En la población pediátrica, los tumores de las glándulas salivales son la cuarta neoplasia más común en cabeza

y cuello (8%), siendo los más frecuentes, en orden descendente, los hemangiomas, adenomas pleomórficos, carcinomas mucoepidermoides y los de células acinares.²

Cerca de 80% de las neoplasias de las glándulas salivales se originan en la glándula parótida, 10 a 15% en las submandibulares y el resto en las salivales menores, siendo extremadamente raros y casi siempre malignos en las glándulas sublinguales. De las neoplasias, 80% de parótida son benignas, y 80% se presentan en el lóbulo superficial de la misma.⁵ Coifiert *et al.* reportan 17% de tumores parotídeos como malignos.⁶ Hassmann *et al.* reportan casi la misma incidencia (17.5%), siendo el más frecuente el carcinoma adenoi-deo quístico.⁷ Ouoba K *et al.* señalan que los tumores benignos de glándulas salivales representan 83.3% de los casos y los malignos 16.7%.⁸ Nagler *et al.* reportan en un estudio de 245 pacientes en 25 años de experiencia, que 67.8% fueron tumores benignos de parótida; siendo el principal sitio de tumores salivales malignos las glándulas menores en 50%.⁹ Pacheco-Ojeda *et al.* reportan en una serie de 308 casos de tumores de glándulas salivales que 19% fueron malignos en parótida, 8% en submandibular y 50% en salivales menores.¹⁰ La edad promedio para tumores malignos de glándulas salivales reportada por Nagler *et al.* fue de 12.6 años más que para pacientes con tumores benignos de las mismas; siendo la edad más frecuente de presentación entre la cuarta y sexta décadas de la vida.

Stewart *et al.* reportan que la sensibilidad, especificidad y exactitud de la BAAF fue de 92, 100 y 98%, respectivamente, en el diagnóstico de la mayoría de las lesiones de glándulas salivales.¹¹

La historia y el examen físico son vitales en el diagnóstico de una neoplasia salival. El síntoma o signo de presentación más común es una masa o tumoración indolora en el sitio de la glándula afectada. En el caso de la parótida, la parálisis facial y/o el dolor son datos ominosos de un tumor maligno de la misma, por lo general. El estudio de imagen de elección y más frecuentemente usado es la tomografía computarizada, simple y con contraste, y puede complementarse con resonancia magnética nuclear en caso de tumor invasivo a tejidos blandos adyacentes.^{1,12} La hialografía ya no se considera de utilidad para el diagnóstico de estos tumores.

El principal tratamiento del cáncer de las glándulas salivales es la resección quirúrgica usada en la modalidad simple o en conjunto con radioterapia adyuvante.¹ Tumores localizados y pequeños del lóbulo superficial de la glándula parótida pueden ser tratados adecuadamente con una parotidectomía superficial, mientras que tumores grandes o que involucran el lóbulo profundo requieren una parotidectomía total o radical. El nervio facial debe ser sacrificado si existe evidencia clínica, electromiográfica o macroscópica de invasión del mismo por el tumor; se puede hacer una reconstrucción transoperatoria de dicho nervio con interposición de injerto tomado del nervio auricular mayor o el sural.¹ La disección de cuello está indicada cuando hay evidencia clínica de metástasis a ganglios linfáticos cervicales y en caso de cuello negativo, se debe tomar biopsia

transoperatoria del ganglio yugulodigástrico para normar la conducta a seguir.¹

El caso que aquí es presentado orientó típicamente y desde el principio a una patología parotídea de tipo maligno, con metástasis cervicales y afección del nervio facial, en un paciente adulto en plenitud, masculino; y después de haber estudiado al paciente en forma integral se realizó el tratamiento multimodal con un equipo multidisciplinario médico-quirúrgico, así como la terapia complementaria y el manejo de las complicaciones, como está reportado en la literatura. Al momento de escribir y revisar este artículo, el paciente cursa 19 meses de sobriedad, libre de enfermedad.

Referencias

1. Hanna EY, Suen JY. Neoplasms of the salivary glands. In: Cummings Charles W, et al. Otolaryngology head and neck surgery. 3rd. Ed. USA: Mosby; 1998, p. 1255-302.
2. Ward MJ, Levine PA. Salivary gland tumors. In: Essential of head and neck oncology (Editor: Lanny Garth Close). Thieme; 1998, p. 146-57.
3. Escajadillo Ramón. Oídos, nariz garganta y cirugía de cabeza y cuello. 2/a. Ed. México: El Manual Moderno; 2002, p. 771-98.
4. Magnano M, Carmine GF, et. al. Treatment of malignant neoplasms of the parotid gland. Otolaryngol Head and Neck Surg 1999; 121: 627-32.
5. Bailey Byron J. et al. Head and neck surgery-otolaryngology. 2nd. Ed. Lipincott-Raven; 1998, p. 876-98
6. Coiffier T, Aidan D, Vilde F, Trotoux J. Malignant tumors of the parotid gland. Apropos of 60 cases. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1996; 113(7-8): 419-24.
7. Hassman-Poznanska et al. Concerning diagnosis and treatment of parotid neoplasms. Otolaryngol Pol 1992; 46(1): 33-8.
8. Ouoba K, Dao M, et al. Salivary gland tumors a propos of 48 surgical cases. Dakar Med 1998; 43(1): 60-4.
9. Nagler RM, Laufer D. Tumours of the major and minor salivary glands: review of 25 years of experience. Anticancer Res 1997; 17(1B): 701-7.
10. Pacheco-Ojeda L, et al. Malignant salivary gland tumors in Quito, Ecuador. ORL J. Otorhinolaryngol Relat Spec 2000; 26(6): 296-302.
14. Fitzpatrick PJ, Black KM. Salivary gland tumors. J Otolaryngol 1985; 14(5): 296-300.
15. Martin VT, Salmaso R, Onnis GL. Tumors of salivary glands. Review of 749 cases with particular reference to histological types, site, age and sex distribution. Appl Pathol 1989; 7(3): 154-60.
16. Malata CM, Camilleri IG, et al. Malignant tumors of the parotid gland: a 12-year review. Br J Plast Surg 1998; 50(8): 600-8.
11. Stewart CJ, MacKenzie K, et al. Fine-needle aspiration cytology of salivary gland: a review of 341 cases. Diagn Cytopathol 2000; 22(3): 139-46.
12. Shah JP. Salivary glands. In: Head and neck surgery. 2nd Ed. USA: Mosby-Wolfe; 1996, p. 431-60.
13. Gunn A, Parrott NR. Parotid tumours: a review of parotid tumour surgery in the Northern Regional Health Authority of the United Kingdom 1978-1982. Br J Surg 1988; 75(11): 1144-6.