TUMOR DE LA PAROTIDA (*)

por el

Dr. Garzoglio

Enfermo de ochenta años de edad refiere que hace dos años notó en la región parotídea izquierda la aparición de una tumoración, del tamaño de una aceituna, a la cual no asignó importancia. Pasado un tiempo empezó a notar que esa tumoración aumentaba paulatinamente de tamaño, y como el aumento en estos dos últimos meses se había hecho muy intenso, decidió consultarnos.

Al examen del paciente a primera vista, nos llama la atención que en la región submáxiloparotídea del lado izquierdo presenta una tumoración que voy a describir: tumoración que ocupa toda la región submaxilar y la parte inferior de la parotídea. Se extiende por arriba hasta un través de dedo por debajo del lóbulo de la oreja, y por debajo hasta dos traveses más o menos por encima de la clavícula. Superficialmente se presenta como una torta, aplanada, rojo-vinosa, cubierta en zonas por membranas purulentas, y en otras, sangrantes. En el centro hay una gran ulceración, con iguales características. Todo este tumor procidente se continúa en profundidad con el resto del tumor, presentando un surco de circunvalación, fuera del cual la piel tiene caracteres normales. La porción profunda del tumor, más extendida que la superficial, está adherida a los planos vecinos y sólo se moviliza muy poco en el sentido ánteroposterior. La palpación es ligeramente dolorosa; el tumor es duro, elástico uniforme

Si se hace practicar al enfermo el acto de abrir la boca se notará que existe una desviación muy pequeña del orificio bucal hacia el lado opuesto, lo mismo que al silbar. Pensamos por ello que el ramo inferior del facial es el que está probablemente interesado. En la cavidad bucal encontramos una lengua y mucosa normales, las fauces normales, el orificio del Stenon izquierdo de bordes rojo-vinosos y la papila ligeramente borrada. Piezas dentarias faltan varias y las restantes en muy mal estado. La palpación bimanual en la región lateral de faringe no da nada digno de mención, lo mismo que en el suelo de la boca.

(*) Del Ateneo de Patho. Jefe Prof., Yódice. Director, Dr. Le Chiare.

Como dato interesante, encontramos que hay unos tonos cardíacos apenas audibles, enmascarados por probable valvulitis crónica. Presión arterial, máxima 176, mínima 80, con electrocardiograma normal; sangre: eritrocitos 3.000-700.000 leucocitos 5.600 (fórmula normal). Khan, negativa.

Hemos practicado una sialografía con lipiodol por el Stenon y vemos perfectamente los canalículos inyectados por la sustancia opaca De frente vemos lo mismo que de perfil, también el Stenon, con gran dilatación.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Entre los procesos inflamatorios crónicos, tenemos el tumor inflamatorio crónico de parotídea, pero generalmente se inicia con un proceso agudo, una parotiditis aguda, hay pus por el Stenon, la ulceración generalmente se hace a través de la piel y tenemos adenopatía inflamatoria. Los procesos de origen tuberculoso de parótida son muy raros. Pueden existir a veces ganglios intraparotídeos, con una lesión bacilar pero ya eso es diagnóstico de filigrana y es un poco raro. La sífilis también puede tener asiento en la parótida pero generalmente las reacciones serológicas nos darían el diagnóstico. Pero asimismo, la parótida se indura erróneamente en un período terciario y, francamente, antes de eso el enfermo ya tiene otra sintomatología. En la actinomicosis no se puede pensar con un paciente de esta naturaleza, cuya lesión se ha ulcerado hace pocos días a raíz de la biopsia, y donde no hay presencia de fístulas, no hay granos y, asimismo, si nos obligara a pensar en eso, tendríamos el cultivo y la investigación de los gránulos en la secreción para poder hacer diagnóstico diferencial.

Procesos tumorales: benignos o malignos.

En fin, los procesos inflamatorios los descartamos. Tenemos que pensar en los procesos tumorales. ¿Procesos tumorales: benignos o malignos? Entre los benignos, el adenoma. Este no existe en realidad, según muchos autores; la gran mayoría piensa que los adenomas de parotídea no son nada más que tumores mixtos de la misma. Podríamos pensar en una litiasis, pero en este enfermo no se puede pensar en litiasis, porque no ha habido sintomatología subjetiva de paroxismos dolorosos, de ingurgitación de la parótida posprandial, y no se palpa el cálculo, y la radiografía tampoco nos autoriza a sentar ese diagnóstico.

Entre otros procesos, los quistes, pero son más bien de tamaño re ducido y algunos no los consideran sino producto de una litiasis de las mismas glándulas. Hay hemangiomas en esa región, pero se presentan generalmente en el nacimiento, y también pueden presentarse en el adolescente, pero este hombre ya tiene ochenta años, y nunca había presentado ninguna lesión de piel que es donde generalmente asientan.

En cuanto a lipomas, no se puede pensar en una lesión de naturaleza lipomatosa. Como aclaración debo decir que hay distintos tipos de lipomas dentro de la región, que por su localización pueden ser: supraaponeuróticos, subaponeuróticos e intraparotídeos. Finalmente nos quedan dos tipos de lesiones: los tumores mixtos y los tumores malignos. Los tumores mixtos, cuyo origen es tan discutido, y sobre los cuales existen una serie de teorías, son lesiones que asientan en la región parotídea, que se inician con una tumoración pequeña, que muchas veces llegan a agrandarse en forma tan desmesurada como para hacer pensar que existen dos cabezas. Generalmente asientan en la parte inferior y anterior de la parótida. Son de consistencia dura, elástica y a veces fluctuante, porque alternan la parte dura del tumor con partes quísticas de la misma glándula. Se cree que son tumores benignos, más bien dicho, son tumores benignos, pero tenemos que aclarar que son tumores potencialmente malignos. Están formados por tejido conjuntivo y tejido epitelial. De ahí vienen las distintas teorías del origen embrionario, del origen epitelial, algunos creen que pueden tener su origen en las cédulas endoteliales de los vasos linfáticos del tejido conjuntivo. Finalmente, la última teoría habla de la metaplasia de las cédulas epiteliales, acinosas, etc.

La biopsia

La biopsia nos dió como diagnóstico, que se trata de un tumor mixto degenerado. Se habla de distintos tratamientos para los tumores mixtos; se habla de la radioterapia, pero ésta no hace absolutamente nada. Algunos han hablado de tratamientos con sustancias químicas para necrosar, digamos así, ciertas zonas de la parótida donde existe el tumor. Es un procedimiento que nosotros no lo consideramos conveniente porque no se puede controlar fácilmente.

Tratamiento quirúrgico

Finalmente, existe el tratamiento quirúrgico; hay dos formas de pensar en este tratamiento, el tratamiento quirúrgico con conservación

del facial y el tratamiento qurúrgico que practica la parotidectomía total, sin conservación del facial.

Anatomía de la glándula

El primero se basa en la anatomía de la glándula, que, últimamente, se conoce con más precisión. La glándula parótida no está formada por un solo bloque. Según Gregoire tiene dos lóbulos con un istmo superior. Según otros autores, el istmo no está en la parte superior, sino en la parte media, formando, podríamos decir así, como una H. Entre los dos lóbulos de la parótida corre el nervio facial. Adson, en 1923, presentó un trabajo sobre la parotidectomía con conservación del nervio facial, y trata de imponer su criterio diciendo que es mucho más conveniente hacer una extirpación de un tumor mixto de parótida, conservando la mímica del enfermo sin ptosis de párpado y sin asimetría facial, que dejar al paciente con una lesión de esa naturaleza.

He dicho antes que los tumores mixtos son recidivantes. Y recidivan por dos razones: porque, según algunos creen, su origen es multicéntrico y podría ser ésa la causa de la recidiva; el cirujano extirpa una zona cuando en realidad hay otros centros que dan lugar a otro tumor mixto más alejado.

La otra técnica es la parotidectomía total, con extirpación del nervio, sin conservar absolutamente nada de glándula que es la que nos asegura un éxito un poco más certero.

La presentación de este enfermo plantea el problema terapéutico este paciente, que tiene ochenta años y una cardiopatía crónica, compensada; el cardiólogo nos autoriza a practicar la intervención quirúrgica, en la que hay que prácticar ligadura previa de la carótida, que el paciente no sabemos si va a poder tolerarla.

Al hacer la extirpación de esta lesión, tenemos que extirpar una gran zona de piel, que el plástico tendrá después que reparar si hay "paño" para ello.

La radioterapia

En los tumores mixtos simples, la radioterapia no actúa, porque no son radiosensibles. Con respecto al rádium, algunos autores han hecho la extirpación parcial, cuando los tumores son pequeños, encapsulados y luego han colocado algunas agujas de rádium, teniendo buenos resultados; pero nosotros en realidad hemos tenido sin rádium buenos resultados en algunos enfermos en que hemos hecho la extir-

pación del tumor sin lesionar al facial, con tal de que el tumor mixto no sea degenerado y que no se infiltre, porque cuando infiltra generalmente produce una siembra en la vecindad y puede ser causa de recidiva.

La cirugía plástica

(*Dr. Fortunato Benaim*) El papel del cirujano plástico frente a este caso se planteará por supuesto siempre que sea intervenido, de modo que el primer paso a dar es ponernos de acuerdo, si lo que le va a practicar a este enfermo es una extirpación quirúrgica, dada la edad del paciente y de su cardiopatía. En el caso de que así fuera, tenemos nosotros dos problemas: Uno, que será la pérdida de sustancia ocasionada por la amplia extirpación que toma partes blandas, y el otro, el problema del facial.

Desde ahora el problema del facial en un enfermo de ochenta años no debe preocupar mayormente, y debe tratarse de curar al enfermo de su lesión primitiva. Y con respecto a la pérdida de sustancia que dejará la amplia extirpación, ya sabemos que tenemos dos grandes fuentes de elementos que nos proveerán del material que servirá para cubrir esa brecha. Si el lecho que deja la intervención cruenta permite la aplicación de un injerto tipo split, es la manera rápida de terminar con una brecha quirúrgica. Por otra parte, la aplicación de un injerto delgado es aconsejable en todas las lesiones neoplásticas de cara, porque oficia como si fuera un vidrio de reloj, que permite ver por debajo la posibilidad de una recidiva. En algunos casos, cuando se trata de pacientes más jóvenes, este primer temperamento permite observar una plástica más completa con tejidos de vecindad o de distancia.

De no quedar un lecho que fuera efectivo para la resección de un injerto, entonces hay que recurrir a los tejidos de vecindad, y posiblemente en este caso, tratándose de una persona de edad, la piel del cuello, que es fláccida, permite rotar un colgajo que cubra esa situación al dejar al descubierto el forro mucoso de la mejilla. Lo más conveniente, cuando se hacen estas intervenciones, como se hace siempre en el Servicio, es trabajar en equipo y resolver el problema en el momento, de acuerdo con lo que se encuentre.

Este enfermo ha vivido muchos años—dice el doctor Yódice—, ha llegado a los ochenta, de manera que la terapéutica quirúrgica se debe orientar en ese sentido, de suprimir esa deformidad desagradable que tiene y a darle la sensación de curación al enfermo, que no creo pueda

tener una curación definitiva. Así, que yo aconsejaría en este enfermo la extirpación quirúrgica parcial con bisturí eléctrico y creo que es de los pocos casos donde está justificada la aplicación de este medio terapéutico. Tratando de simplificar ese foco, reduciendo ese tumor tan desagradable para el enfermo y esperar la evolución.

No creo, sinceramente, que esté justificada la extirpación total, la parotidectomía, con ligadura de la carótida, porque ya la simple disminución de la circulación cerebral puede traer una hemiplejía y la muerte del paciente. La radioterapia podrá disminuir la actividad expansiva e infiltrativa del tumor, pero no lo va a curar y, por otra parte, tiene poca influencia sobre los tumores mixtos por lo menos y sobre los tumores degenerados, sobre todo del tipo que presenta este enfermo.

Electrobisturí

Qusiera agregar solamente un detalle—dijo el doctor Lagos—con respecto al electrobisturí. Entiendo que, sobre todo en las tumoraciones, no es aconsejable el uso del electrobisturí, debido a que las lesiones que deja en sus bordes, por la misma necrosis que se produce, prolongan una supuración aséptica, diría así, durante mucho tiempo, que no tiene ninguna ventaja sobre la que se hace con el bisturí.

La anestesia

El doctor Torres añadió: Más que nada, querría hacer consideraciones desde el punto de vista anestésico. Este enfermo no presenta un caso de gran importancia desde el punto de vista quirúrgico y aparejado desde el punto de vista anestésico. Es un enfermo de ochenta años de edad, indudablemente de una contextura física bastante buena. Ustedes hicieron la consideración si se hacía una gran cirugía con extirpación total o una cirugía paliativa que tendría por objeto la prolongación, por lo menos, de la vida del enfermo y su equilibrio en el sentido de sentirse curado.

Creo que para una cirugía completa en este enfermo hay que prepararlo muy bien. Una cirugía completa traería aparejado un vaciamiento de cuello; quizás la ligadura de la arteria carótida y además una resección del maxilar. Porque esta tumoración ha invadido muchas zonas vecinas. Además, durante la intervención, este enfermo perdería una enormidad de sangre, habría que pensar que quizá se le pueda ayudar con la hipotensión controlada, que tiene sus riesgos especialmente en el anciano. Caemos en el campo de la geriatría.

De manera que si se resuelve una gran cirugía hay que ir bien preparados, y creo que la intervención llevaría muchas horas, mientras que con una cirugía paliativa se podría tener mucha chance, especialmente desde el punto de vista anestésico, que es sobre lo que yo quería insistir. Para una gran cirugía, podríamos también, pero es muy comprometedor el riesgo total.

Una de las cosas que quiero decir—habla el doctor Curto—, es en primer lugar, la referencia al bisturí eléctrico. Creo que si en pocas cosas está perfectamente indicado el uso del bisturí eléctrico es justamente en los procesos tumorales de la magnitud de este tamaño o mayor. Desde que se comenzó a usar el bisturí eléctrico, he visto y he oído que una de las razones fundamentales ha sido el uso del bisturí eléctrico en los procesos tumorales ulcerativos y productivos.

En segundo lugar, con respecto al fenómeno anestésico y a la duración posible de la intervención, no se le puede poner término a una intervención quirúrgica, pero creo que, en realidad, la extirpación de esta tumoración no creo que demore muchas horas. Es un proceso localizado, la región es perfectamente dominable y solamente, como dije anteriormente, nos hallamos con la presencia de uno o dos vasos importantes, que son los únicos que hay que tener en cuenta y que, en el caso de que molestaran en el campo operatorio, está perfectamente justificada la ligadura. De manera que el vaciamiento de la zona de la región se puede hacer en un plazo mucho más breve de lo que se piensa.

Con respeto a la posible infiltración del ángulo del maxilar inferior, tampoco se puede decir si está tomado, o no, pero una resección del ángulo del maxilar en una operación de esa naturaleza, en el cual se amplía en profundidad, tampoco le demoraría mucho tiempo al cirujano.

EVOLUCION

El enfermo fué operado, extirpándose totalmente la masa tumoral. Se realizó la exéresis total de la parótida izquierda y el vaciamiento submaxilar y carotídeo ganglionar de ese lado.

A los tres meses vuelve el enfermo con la recidiva tumoral y con profusas hemorragias sobre su superficie, no estando en esta oportunidad en condiciones generales de ser intervenido. Falleció en la sala a raíz de una hemorragia aguda.

(Entscado. de "Sem. Méd.", 344, 1955.)