

Título: Tratamiento quirúrgico de lesiones no malignas de glándulas salivales.

Autor:

Dr. Pedro A. Ducasse Olivera.

Especialista de 2º Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Auxiliar

Dr. Michel García Méndez.

Especialista de 1er. Grado en Ortodoncia. Instructor.

Servicio: Cirugía Maxilofacial

Email: jmaxilo@hha.sld.cu

Introducción

Los tumores de glándulas salivales constituyen el 3% de las neoplasias que afectan cabeza y cuello en los adultos. El 85-95 % de dichos tumores se originan en la glándula parótida, la glándula submaxilar y glándulas salivares menores del paladar.

Realizando una estratificación más detallada, el 80% de las lesiones se localizan a nivel parotídeo (90% lóbulo superficial, 9% en el lóbulo profundo, 1% en la zona intermedia “reloj de arena”); otro 10% en la glándula submaxilar, quedando el resto distribuido en varias regiones, como el paladar, donde se encuentran la mayor parte de las lesiones que afectan a glándulas salivares menores. La glándula parótida es la glándula salival de mayor tamaño, localizada en la fosa retromandibular cubriendo parcialmente al músculo masetero y envuelta por la fascia parotídea. Su conducto excretor es el conducto de Stenon, que desemboca a la altura del segundo molar superior. El nervio facial atraviesa la parótida entre su lóbulo superficial y profundo, este nervio abandona la base del cráneo a través del orificio estilo mastoideo, penetrando en el parénquima glandular y dividiéndose en varias ramas dentro

del mismo la relación del tumor con el nervio facial, determina la cirugía de la glándula parótida.

La etiología de los tumores de glándulas salivares es multifactorial, las radiaciones, la dieta hiperlipídica y los virus entre otros son factores a considerar sobre todo en el adenoma pleomorfo.

El 80% de las lesiones parotídeas, son neoplasias benignas, el 60-65% de las submaxilares y el 50% de las que afectan a glándulas salivares menores.

La edad más frecuente de presentación es la 4^a-5^a década, aunque las lesiones de estirpe benigna aparecen con mayor frecuencia en la 3^a década mientras que las malignas aumentan progresivamente con la edad.

Histológicamente el tumor benigno más frecuente es el tumor mixto o adenoma pleomorfo, mientras que en segundo lugar se sitúa el tumor de Warthin o cistoadenoma papilar linfomatoso, el oncocitoma, el adenoma de células basales, el mioepitelioma, el sialodeno papilífero y el adenoma sebáceo, aparecen con mucha menor frecuencia.

En la anamnesis puede detectarse el tiempo de evolución de la lesión, antecedentes traumáticos, infecciones (parotiditis), dolor en reposo y dificultad para abrir y cerrar la boca, los tumores de glándulas salivales menores pueden provocar síntomas faríngeos o laringofaríngeos. Aquellos de la glándula parótida que afectan al lóbulo profundo, pueden alterar la deglución o incluso el habla, siendo esto menos frecuente y orientándonos a la existencia de una gran masa tumoral. A pesar de presentarse en su gran mayoría de manera sintomática.

La clínica más frecuente será encontrar una masa única, móvil, de consistencia firme y de crecimiento lentamente progresivo, la presencia de una movilidad limitada suele ser reflejo de la naturaleza infiltrante de la lesión y su conversión maligna. La bilateralidad, multiplicidad y/o sincronismo suelen ser excepcionales, siendo más frecuente en el tumor de Warthin.

Las características más comunes de los tumores benignos parotídeos pueden ser descritos como de una evolución larga, un crecimiento lento, pudiendo alcanzar grandes tamaños, existe ausencia de parálisis facial y dolor y no se asocian a adenopatías.

Si bien desde 1830 el método de elección era la enucleación, Parlan demostró que aparecía recidiva con este sistema y en 1957 Patey y Thackrey mostraron las extensiones microscópicas del tumor. Es por lo tanto recomendada la resección del tumor en la forma de parotidectomía superficial ó total con preservación del nervio facial. En años recientes, la parotidectomía superficial parcial emerge como una técnica más conservadora que la parotidectomía superficial en el manejo de los tumores de parótida. En ésta técnica solamente se resecan las áreas cercanas al tumor. El tronco principal del facial se identifica y la ó las ramas adyacentes al tumor se disecan y preservan sin necesidad de hacer una disección más extensa del nervio. La alta incidencia en nuestro servicio y las diferentes técnicas utilizadas nos hace realizar este protocolo de trabajo.

Objetivos

1-Conocer el comportamiento epidemiológico de los tumores benignos de la parotida de acuerdo a edad, sexo y localización.

2-Evaluar la correspondencia de la BAAF el estudio histológico y el diagnóstico clínico.

3-Establecer el tipo de abordaje quirúrgico empleado en relación al nervio facial.

4-Evaluar las complicaciones postquirúrgicas.

Desarrollo

Se realiza un estudio descriptivo y longitudinal de los pacientes ingresados en el servicio de cirugía maxilofacial del hospital "Hermanos Ameijeiras" con un diagnóstico de tumor benigno de la parotida, al llegar el paciente se realiza un diagnóstico clínico que se corrobora con los estudios imagenológicos que consistirán en ultrasonido de la glándula afectada y cervical, BAAF y estudio histológico postoperatorio (biopsia).

Criterios de Inclusión:

Pacientes con diagnóstico histológico de lesión benigna de glándulas salivales.

Criterios de exclusión:

Existen pacientes que, por su estado general, lo cual incluye edad avanzada, enfermedad pulmonar crónica, u otras serán tratados conservadoramente.

Pacientes con diagnóstico histológico de lesión maligna.

Tratamiento:

A todos los pacientes se les realizarán estudios de imagenológicos (ultrasonidos de partes blandas de cuello y glándulas salivales), BAAF, hematológicamente se realizan estudios de hemoglobina, eritrosedimentación, coagulación, glicemia y creatinina, se incluirán estudios particulares al paciente relacionados con la enfermedad de base.

Consentimiento informado

Para satisfacción de los derechos del paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los procedimientos, diagnósticos y terapéutico y en cumplimiento de la ética médica de nuestro sistema de salud: La entrevista del especialista responsable del paciente, con este y el familiar más cercano antes del acto quirúrgico permite informarles sobre todos los detalles del tratamiento, posible resultados, riesgo, molestias y complicaciones, se le solicita su consentimiento por escrito en un modelo diseñado al efecto, como forma ética de garantizar esta información al paciente, evitarle frustraciones y falta de cooperación una vez realizado el tratamiento quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico se realiza parotidectomía subtotal o total, teniendo en cuenta el diagnóstico anatómico-patológico, tamaño y extensión de la lesión.

Evaluación y control.

-Evaluar y controlar la realización de este protocolo por todos los médicos del servicio, discutiéndose en cada caso antes de realizar la intervención quirúrgica.

-vigilar el cumplimiento de los objetivos planteados.

-se pedirá consentimiento informado antes de la operación a pacientes y familiares de forma oral y dejen constancia escrita de su aprobación.

INDICADORES

Indicadores de Estructura		Estándar
Recursos Humanos	% de Cirujano Maxilofacial y Patólogo.	100%
Recursos Materiales	% de aseguramiento del instrumental y equipos médicos según PA.	>95%
	% de disponibilidad de materiales y medicamentos según PA.	>95%
	% de recursos para la aplicación de investigaciones.	>95%
Recursos Organizativos	% de aplicación del diseño organizativo para aplicar el PA.	>95%
	% de pacientes con planillas para la recogida de datos (PRD) del PA.	100%
	% de pacientes con PRD incluidos en la base de datos.	100%
Indicadores de Procesos		Estándar
% de pacientes con diagnóstico clínico, imagenológico y anatomopatológico, según PA.		>95%
Estudio, diagnóstico y preparación prequirúrgica.		15-21 días
% de pacientes con seguimiento en consulta, según el periodo fijado en PA.		≥90%
Indicadores de Resultados		Estándar
% de resultados propuestos y cumplidos en la planificación prequirúrgica		≥90%
% de resultados desfavorables		<10 %
% de complicaciones presentadas		<1 %
% de satisfacción de los resultados obtenidos por el paciente		≥90 %

Bibliografía.

Aga, M., Kondo, S., Yamada, K., Wakisaka, N., Yagi-Nakanishi, S. (2014).

Immunoglobulin class switching to IgG4 in Warthin tumor and analysis of serum

IgG4 levels and IgG4-positive plasma cells in the tumor. *Hum Pathol.* Vol. 45, pp. 793–801.

Ahmad, S. Lateef, M., Ahmad, R. (2002). Clinico Pathological study of primary gland tumors in Kashmir JK Practitioner. Vol. 9, pp. 231-3.

Campos, O., Gutiérrez, T. (2006). Parálisis Facial permanente tratamiento quirúrgico en base a la técnica de Labbe. *Rev. Chilena de Cirugía.* Vol 58, pp. 159-64.

D.Larrain, C., Madrid, A., Capdeville, F.E., Ferrada, O. (2005). Tumores de las glándulas salivales: Hallazgos histopatológicos en 168 pacientes. *Rev. Chilena de Cirugía,* Vol 57, No. 5, pp. 373-8.

Faur, A.C., Lazar. E., Cornianu, M. (2014). Vascular endothelial growth factor (VEGF) expression and microvascular density in salivary gland tumours. *APMIS.* Vol. 122, pp. 418–26.

Garcia-Roco, O. (2003). Tumores de glándulas salivales: Su comportamiento en 10 años de trabajo (1993-2002). *Rev Cubana Estomatol.* Vol.40, No.3. ISSN 0034-7507.

González, R., Namcha, S.Y., Muñoz M.F., Camacho C. (2006). Adenoma de células basales de glándula parótida. Caso clínico y revisión de la literatura. *Med. Oral Patol Oral Cir bucal.* Pp. 206-9.

Hernández, R. ArmengotCar, M. (2006). Adenoma Pleomorfo Gigante de lóbulo profundo de la Parótida: a propósito de un caso. *Acta Otorrinolaringol Esp.* Pp. 56-58.

Ko, E., Lee, B.B., Kim, Y., Lee, E.J., Cho, E.Y. (2013). Association of RASSF1A and p63 with poor recurrencefree survival in node-negative stage II non-small cell lung cancer. *Clin Cancer Res.* Vol. 19, pp. 1204–12.

Kuzenko, Y.V., Romanuk, A.M., Dyachenko, O.O., Hudymenko, O. (2016). Pathogenesis of Warthin's tumors. *Interevtional Medicine & Applied Science.* Vol. 8, (2), pp. 41-8.

Mylarappa, D.A., Haragannvar, V.C., Gopalkrishna, A.H., Reshma, J.A., Latha, D., Archana, V.K. (2015). Papillary cyst adenoma lymphomatosum: A case report and review. *J Med Radiol Pathol Surg.* Vol.1, pp. 17-9.

Pérez, E., Ordóñez, P., Cruz, A.L. (2000). Tumores de glándulas salivales, nuestra experiencia. *Rev Cubana Estomatol.* Vol. 37, pp. 89-94.

Wang, Y., Zhou, J., Zhang, Y., Wang, L., Liu, Y. (2015). PRDM1 expression on the epithelial component but not on ectopic lymphoid tissues of Warthin tumour. *Oral Dis.* Vol. 21, pp. 432–6.

Anexo 1

ANEXO 1: MODELO DE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE.

Protocolo de atención a pacientes con lesiones de glándulas salivales.

Yo-----
(Nombre y apellidos del paciente adulto)

Acude por: Recomendación médica: _____ Deseo personal: _____

___He comprendido la información que se me ha brindado sobre mi enfermedad.

___He podido hacer todas las preguntas que me preocupaban sobre la misma.

___He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.

___He recibido suficiente información sobre el tratamiento y los riesgos del mismo.

Comprendo que puedo no recibir tratamiento si:

1. No lo deseo.
2. Sin yo tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

He tenido contacto con el Dr. -----

(Nombre y Apellidos del médico)

el cual me ha explicado todos los aspectos relacionados con mi enfermedad y los riesgos del tratamiento.

Por todo lo planteado anteriormente doy libremente mi conformidad para recibir tratamiento quirúrgico y para que quede constancia firmo este Modelo.

Firma del Paciente ----- Fecha-----

Firma del Médico-----

Anexo 2

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Esta encuesta es anónima y estrictamente confidencial.

Edad: _____ Sexo: _____ Nivel escolar: _____

Estado civil: _____ Lugar de residencia _____

Experiencia quirúrgica anterior: No ____ Sí ____Cuál _____

En nuestro servicio de Cirugía maxilofacial el sentido esencial de la asistencia que le brindamos, es contribuir en lo máximo posible a su bienestar personal. Con el propósito de elevar cada día más la calidad de nuestra contribución en ese sentido es que solicitamos su cooperación en esta investigación para conocer su opinión sobre algunos aspectos del tratamiento recibido y sus resultados.

A continuación, marque con una **X** si está satisfecho con los siguientes elementos del tratamiento según el caso.

No	Casos	Nada satisfecho	Satisfecho
I	Comprensión del problema y preocupaciones.		

II	Nivel de las investigaciones y de la preparación pre-quirúrgica.		
III	Información sobre detalles importantes que considera debe conocer sobre el tratamiento		
IV	Tiempo invertido en el proceso.		
V	Condiciones y recursos en las consultas puestas a su servicio.		
VI	Condiciones y atención recibida durante su hospitalización		
VII	Calidad de los resultados quirúrgicos para su bienestar físico.		
VIII	Calidad de los resultados quirúrgicos en sentido estético. Resultados concretos obtenidos en relación a lo que Ud. esperaba y deseaba		
IX	Resultados obtenidos en relación a lo que le explicaron los médicos		
X	Comparación de los resultados con el sacrificio hecho por Ud.		