

Capítulo 50

Tumores de la glándula parótida

Juan Rey Biel

Gregorio Sánchez Aniceto

José Ignacio Salmerón Escobar

Vicente Martorell Martínez

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	695
1.1. Definición del problema	695
1.2. Repercusión social	695
1.3. Gestión sanitaria del problema	696
1.4. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica	696
2. PREVENCIÓN	696
2.1. Factores etiológicos	696
2.2. Medidas preventivas	696
3. ENTIDADES CLÍNICAS	697
3.1. Tumores benignos	697
3.2. Tumores malignos	697
3.3. Tumores parotídeos en la infancia	699
4. DIAGNÓSTICO	699
4.1. Historia clínica y exploración física	699
4.2. Diagnóstico histopatológico	700
4.3. Estudio de extensión	700
4.4. Estadaje actualizado de la AJCC	701
4.5. Estadios de la enfermedad	701
5. INDICADORES PRONÓSTICOS	702
6. MANEJO TERAPÉUTICO	702
6.1. Objetivos terapéuticos	702
6.2. Posibilidades terapéuticas	703
6.3. Principios de tratamiento	704
6.4. Manejo perioperatorio quirúrgico	704
7. RESULTADOS	706
7.1. Seguimiento	706
7.2. Indicadores de resultado favorable	706
7.3. Indicadores de resultado desfavorable	706
7.4. Supervivencia a los 5 años de los tumores malignos de glándula parótida	707
8. INFORMACIÓN PARA PACIENTES	707
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	708

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición del problema

Los tumores de glándulas salivales representan, aproximadamente, entre el 3 y el 6% de todos los tumores de la región de cabeza y cuello en adultos, y alrededor del 8% en niños. Esto supone un incidencia global entre 0,4-13,5 casos por cada 100.000 personas, suponiendo unas 650 muertes al año en Estados Unidos. El 65% de ellos nacen en la glándula parótida, el 8% en la submaxilar y el 27% en glándulas salivales secundarias.

La proporción entre benignidad y malignidad es, en general, 2/3 y 1/3. Sin embargo, existen variaciones según se considere cada tipo de glándula salival. En el caso de la parótida, hasta el 75% de los tumores parotídeos son benignos.

También existen variaciones relativas a la distribución por edades. Las lesiones benignas tienen un pico de incidencia en la tercera década de la vida, mientras que las malignas van aumentando progresivamente hasta la sexta.

En cuanto al origen histológico de estas lesiones, las neoplasias glandulares derivan hasta en el 90% de los casos del parénquima epitelial. El resto corresponde a tumores de origen no epitelial, como hemangiomas, linfangiomas, linfomas malignos, tumores periglandulares y metastáticos.

El tumor mixto o adenoma pleomorfo es el tumor parotídeo benigno más frecuente (65% del total de neoplasias parotídeas y hasta el 80% de todas las benignas), seguido por el tumor de Warthin. Refiriéndonos a los malignos, el más frecuente es el carcinoma mucopidermoide seguido por el mixto malignizado y del carcinoma de células acinares. La frontera entre benignidad y malignidad no es neta: el adenoma pleomorfo tiene alta tendencia a recidivar, puede malignizarse e incluso dar metástasis conservando su histología de tumor benigno; existen tumores malignos de bajo grado, alto grado y grado intermedio.

La localización parotídea más frecuente con mucha diferencia (9/1) es en el lóbulo superficial y cola a nivel normalmente retromandibular, siendo rara la afectación del lóbulo profundo, la cual puede afectar a espacios parafaríngeos. Sin embargo, hay que considerar que son las neoplasias más frecuentes en esta región, por delante de tumores neurógenos, paragangliomas y otras neoplasias de partes blandas. Por definición, hay que recordar que los del lóbulo profundo nacen mediales al nervio facial.

1.2. Repercusión social

Dado que la manifestación clínica más frecuente, después de la ausencia de la misma, es la aparición de una masa palpable a nivel de la región retromandibular, y que además, las lesiones palpables de glándulas salivales mayores son en su mayoría neoplásicas, los tumores de glándula parótida son lesiones muy a tener en cuenta por el cirujano maxilofacial en el diagnóstico diferencial de las lesiones en esta región. Sin embargo, no hay que olvidar cuadros clínicos como los síndromes mononucleósidos producidos por virus que pueden inducir un diagnóstico erróneo.

Asimismo, los pacientes con tumoraciones parotídeas malignas experimentan un riesgo ocho veces superior de desarrollar un segundo primario en la mama. También a nivel prostático (x3-4), ovario (x5) o respiratorio (x2,5).

Por último señalar que los tumores salivales múltiples, unilaterales o bilaterales, sincrónicos o metacrónicos son raros, siendo el más frecuente el tumor de Warthin.

1.3. Gestión sanitaria del problema

Las principales problemáticas en este sentido tienen que ver con el retraso en el diagnóstico por dilación en la atención especializada y las demoras en el tratamiento quirúrgico por problemas de lista de espera.

1.4. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica

- Incrementar la concienciación de profesionales y pacientes sobre el problema sanitario de las tumoraciones cervicofaciales y, más concretamente, de los tumores parotídeos.
- Ayudar al profesional a la hora de tomar decisiones.
- Contribuir a mejorar los resultados terapéuticos para los pacientes.
- Servir de documento informativo que guíe a los pacientes a obtener mayor información sobre su enfermedad, especialmente el diagnóstico precoz.
- Homogeneizar la actuación de cirujanos maxilofaciales ante este tipo de enfermedades.

2. PREVENCIÓN

2.1. Factores etiológicos

- *Radiación*. Es sin duda el factor predisponente más importante. Así, los pacientes sometidos a radioterapia por presentar tumores de cabeza y cuello presentan un riesgo aumentado x40 de desarrollar tumores malignos. La dosis mínima para desarrollar la lesión comienza en 150 rads.
- *Virus*. Se ha asociado el VEB con un tumor muy poco frecuente en nuestro medio (más típico de esquimales) denominado lesión linfoepitelial maligna. Otros virus que se han relacionado con los tumores de glándulas salivales son el poliomavirus, el CMV y algunas cepas de papilomavirus.

2.2. Medidas preventivas

Evitar factores predisponentes en la medida de lo posible (energía nuclear, radiaciones).

3. ENTIDADES CLÍNICAS

3.1. Tumores benignos (75%)

1. Adenoma pleomorfo o tumor mixto

Es el tumor parotídeo más frecuente (65% del total de neoplasias parotídeas y hasta el 80% de todas las benignas). Más frecuente en la cuarta década de la vida. Localizado en la mayor parte de los casos en el lóbulo superficial. Formado por una combinación de células epiteliales, mioepiteliales y mesenquimatosas, envueltas por una cápsula fibrosa. Son, en casi el 99% de los casos, únicos, tendiendo en los casos de recurrencia a la multicentricidad. Se presenta clínicamente como un nódulo único palpable, duro, de crecimiento lento (años), no adherido a piel ni a planos profundos. Con la exéresis total del lóbulo parotídeo superficial se ha conseguido disminuir al mínimo la tasa de recurrencia (atribuida actualmente a exéresis incompleta, rotura del tumor o a manipulación excesiva). Este tumor es, por el contrario, una de las escasas neoplasias benignas con riesgo de malignización (entre el 3-5% degeneran, fundamentalmente hacia adenocarcinoma y a carcinoma indiferenciado). Ésta guarda relación con el tiempo de evolución del tumor y con la edad del paciente. Son signos que pueden inducir la sospecha de malignización el crecimiento acelerado, endurecimiento, adhesión a planos profundos o a piel, aparición de dolor, parálisis facial o parestesias.

2. Tumor de Warthin o cistoadenolinfoma

Representa el segundo tumor parotídeo en frecuencia (5% del total de tumores y 20% de los benignos en esta localización). Aparece en la mayoría de los casos en sujetos varones durante la quinta década, a nivel de la cola de la glándula. Presenta una proliferación quística en un estroma linfoide. Tiende a la multicentricidad (a veces bilateral) en torno al 2-6% de los casos. Típicamente se presenta como una lesión hipercaptante en la gammagrafía. (otras lesiones parotídeas hipercaptantes: quistes, linfangitis, sialoadenitis y oncocitoma).

3. Otros tumores benignos menos frecuentes

Mioepitelioma, adenoma monomorfo, adenoma de células basales, oncocitoma.

3.2. Tumores malignos (25%)

1. Carcinoma mucoepidermoide

Es el más frecuente de los malignos (también en niños). Aparece en la cuarta-quinta década. Originado en las células de los conductos salivales y con posibilidad de diferenciación mucoide. Se dividen clínica e histológicamente en bajo (75%) o alto grado de diferenciación (25%), correlacionándose con la extensión local, con la incidencia de metástasis regionales y con la supervivencia. Los de bajo grado se manifiestan como un tumor mixto y los de alto presentan criterios de malignidad. Asimismo, tienen posibilidad de diseminación linfática cervical (5% en los casos de bajo grado y hasta el 55% en los de alto) e incluso hemática. El porcentaje de curación a los 15 años es del alrededor del 75% (bajo grado) y del 25% (medio y alto grado).

2. Tumor mixto malignizado

Segundo en frecuencia en este grupo. Relacionado como se ha comentado anteriormente con el tiempo de evolución. Se manifiesta de 10 a 20 años más tarde que el benigno y su sospecha se basa en signos y síntomas sugerentes de malignidad, como se señaló antes (parálisis facial, crecimiento rápido, dolor, adhesión a planos, etc.). Presenta diseminación linfática regional en el 25-50% de los casos y recidiva a los 5 años en torno al 55% de los pacientes. El porcentaje de supervivencia a los 5 y 15 años es del 40 y 17% respectivamente.

3. Tumor de células acinares

Representa en torno al 10% de este grupo. Es, después del tumor de Warthin, el más frecuente bilateral (3%). Aparece en personas entre 30 y 60 años. Se comporta como un tumor de bajo grado (crecimiento lento, buena delimitación, siendo raras la aparición de dolor o de parálisis). Origina 10% de metástasis (es el tumor maligno que menos metastatiza). Tiene una supervivencia a los 5 y 15 años de cerca del 75 y 60%.

4. Carcinoma adenoide quístico o cilindroma

Supone el 14% del grupo. Es más frecuente en mujeres en la sexta década de la vida. Simula un tumor benigno con tres características típicas:

- Tendencia a la infiltración local (sobretudo nerviosa: dolor, parestesias, paresia- parálisis; aunque también vascular y ósea) sin carácter destructor.
- Elevada tasa de recidiva facial, en relación con los márgenes quirúrgicos. Existen tres patrones histológicos de diferenciación glandular con distintos porcentajes de aparición y recurrencia: Cribiforme (50 y 89% respectivamente), Tubular (30 y 59%) y Sólido (20 y 100%).
- Tendencia a la metastatización, bien ganglionar (10-15%), o hemática (pulmón 41%, cerebro 22%, ósea 13%).

La supervivencia decrece a lo largo de los siguientes 25 años tras el diagnóstico de alrededor de un 50% (5 años) a un 10% (25 años)

5. Adenocarcinoma

Representa cerca del 4% de los tumores. En conjunto tienen gran tendencia a metastatizar (50% linfática y 30% hemática). Existen tres tipos fundamentales:

- Mucinoso (baja supervivencia respecto al resto de los del grupo: 30% a los 20 años).
- Ductal salivar (varones ancianos)
- Ductal intercalado (ancianos, alta supervivencia a los 10 años)

6. Otros tumores epiteliales menos frecuentes

Carcinomas indiferenciados (aquellos que no cumplen los criterios histológicos; muy metastatizantes), carcinoma de células escamosas (descartar antes origen metastatizante extraglandular).

7. Tumores no epiteliales (2%)

- Angiomas (30% del total; pico a los 10 años de vida).
- Linfangiomas (infancia; posible crecimiento por hemorragia o infección).
- Tumores nerviosos (Neurilemoma en mujeres durante la cuarta década con un nódulo único duro asintomático; Neurofibroma en mujeres en segunda década (descartar enfermedad de von Recklinghausen si multicentricidad)).
- Lipomas.
- Linfomas.
- Otros: sarcomas, leiomiomas,...

8. Metástasis en glándulas salivares (3%)

Pueden aparecer por diseminación linfática, hemática o por contigüidad (más frecuente esta última en sarcomas de partes blandas, óseas y tumores cutáneos). Los tipos histológicos de diseminación linfática más frecuentes son el ca. Epidermoide cutáneo y el melanoma, mientras que el origen más común en el caso de las hemáticas es el pulmón. El porcentaje de supervivencia a los 5 años es del 67% si el origen es ca. epidermoide, 20% melanótico y del 5% si es no cutáneo (pulmonar, renal,...).

3.3. Tumores parotídeos en la infancia

Es la localización más frecuente dentro de las glándulas salivales. Supone menos del 5% global. Los benignos también representan la inmensa mayoría, siendo el adenoma pleomorfo el tumor más frecuente, presentándose en torno a los 10 años, seguido por los hemangiomas y linfangiomas (edades más tempranas). De los malignos, el más numeroso es el ca. mucopidermoide bien diferenciado seguido por el ca. de células acinares. La actitud no difiere de la del adulto.

4. DIAGNÓSTICO

4.1. Historia clínica y exploración física

La manifestación clínica habitual de un tumor originado en la glándula parótida consiste en la aparición de una masa asintomática (hallazgo casual). Como se ha descrito anteriormente, la mayor parte de ellos residen en el lóbulo superficial a nivel de la cola de la glándula, y se presentan como una masa nodular palpable elástica preauricular.

Los localizados en el lóbulo profundo suelen aparecer con un crecimiento difuso y provocan una sensación de plenitud retromandibular a nivel de la glándula.

La presencia de adenopatías cervicales ipsilaterales o la presencia de disfunción del nervio facial, así como la invasión de la piel que lo recubre, suelen ser indicativos de un tumor maligno. También lo es, aunque tampoco de manera exclusiva, la multicentricidad.

Existen unos criterios (de Rankow) que, con independencia de la extirpe histológica del tumor, suelen inducir la sospecha de un tumor benigno o maligno:

	BENIGNOS	MALIGNOS
DURACION	Años	Meses
SEXO	Mujer	Mujer
DOLOR	Raro	Frecuente
PARALISIS FACIAL	Rara (tumores neurales)	20-30%
MOVILIDAD	Sí	No
CONSISTENCIA	Firme	Pétreo
CALCULOS	Ocasional	Raro
GAMMAGRAFIA	Whartin	No

4.2. Diagnóstico histopatológico

Actualmente la punción aspiración con aguja fina (PAAF) suele ser satisfactoria para garantizar la obtención de material que ofrezca un diagnóstico preciso. Éste es exacto en más del 90-95% de los casos en manos experimentadas. Sin embargo, esta técnica no es estrictamente necesaria en la mayoría de los pacientes con un cuadro clínico compatible con un tumor parotídeo, antes de la exploración quirúrgica.

4.3. Estudio de extensión

En función de las características individuales de cada caso se precisarán estudios de extensión mediante TC y/o RM. La ecografía y la gammagrafía pueden ser útiles en el diagnóstico de ciertos tipos histológicos (tumor de Whartin). Técnicas como la sialografía o las radiografías simples añaden escasa información diagnóstica y raramente están indicadas.

4.4. Estadiaje actualizado de la AJCC (American Journal Committee on Cancer) de los tumores malignos de glándulas salivares

- Clasificación T:
 - T0: no se evidencia tumor maligno.
 - T1: lesión < de 2 cm.
 - T2: lesión de entre 2 y 4 cm de diámetro mayor.
 - T3: lesión de 4 a 6 cm.
 - T4: lesión mayor de 6 cm o afectación de estructuras adyacentes.

- Clasificación N:
 - N0: ausencia de metástasis ganglionares.
 - N1: metástasis gg homolateral única de 3 o menos cm.
 - N2a: metástasis gg homolateral única de entre 3 y 6 cm.
 - N2b: metástasis gg homolateral múltiple pero de menos de 6 cm.
 - N2c: metástasis gg bilaterales o contralaterales pero menores de 6 cm.
 - N3: metástasis gg mayor de 6 cm.

- Clasificación M:
 - M0: ausencia de metástasis a distancia.
 - M1: metástasis a distancia .

4.5. Estadios de la enfermedad

- Estadio 1: T1 N0 M0
- Estadio 2: T2 N0 M0
- Estadio 3: T3 N0 M0/ T1-3 N1 M0
- Estadio 4: T4 Ncualquiera/Tcualquiera N2-3

5. INDICADORES PRONÓSTICOS

- Características histopatológicas del tumor:
 - a. Tipo histológico
 - b. Tamaño de la lesión: relación con incidencia de metástasis.
 - c. Márgenes de resección quirúrgica tumoral
 - d. Grado histológico
- Incidencia de metástasis linfáticas regionales (13% de manera global)
- Dolor: no es criterio de malignidad pero, si se presenta en una lesión maligna, empeora el pronóstico.
- Parálisis facial
- Infiltración cutánea
- Estadio TNM
- Edad: mayor porcentaje de malignidad en niños que en adultos.
- Recurrencia
- Existencia de metástasis a distancia
- Radio y/o quimiosensibilidad

6. MANEJO TERAPÉUTICO

6.1. Objetivos terapéuticos

El objetivo esencial de los pacientes con tumores de glándula parótida, y de glándulas salivales en general, es el control de la enfermedad y la conservación de la función cuando sea posible, para así disminuir la morbilidad. Esto se aplica de manera especial a los pacientes que presentan un tumor maligno, en los que la función del nervio facial se convierte en una cuestión fundamental.

El tratamiento inicial de elección para los tumores de glándula parótida (especialmente los malignos) es el quirúrgico. Junto a éste, existen otros complementarios que pueden ayudar, en determinadas situaciones, a controlar la afectación locorregional de la enfermedad. Entre éstos se encuentra fundamentalmente la radioterapia. Ésta es por sí sola el tratamiento de elección en algún caso.

6.2. Posibilidades terapéuticas

6.2.1. Evaluación preliminar de los factores que influyen en la elección del tratamiento

- Estudio general de salud:
 - Patología sistémica.
 - Edad.
 - Condicionantes sociales.
- Factores inherentes a la enfermedad:
 - Tamaño y localización de la lesión primaria.
 - Grado histológico.
- Consentimiento informado adecuado informando al paciente de los aspectos más relevantes de las opciones de tratamiento así como de las complicaciones.

6.2.2. Opciones de tratamiento

1. Quirúrgico:
 - Parotidectomía superficial conservadora (exéresis del lóbulo superficial glandular conservando el nervio facial mediante la disección de sus ramas)
 - Parotidectomía total conservadora (exéresis de toda la glándula conservando el nervio)
 - Parotidectomía radical (resección de la glándula en bloque incluyendo el nervio)
 - Parotidectomía ampliada (añade a la radical la extirpación de estructuras adyacentes: óseas, cutáneas, musculares,...)
 - Vaciamiento celuloganglionares cervicales asociados a las opciones previas.
 - Injertos nerviosos y/o técnicas de rehabilitación facial.
2. Radioterapia
 - a. Coadyuvante
 - b. Neoadyuvante
 - c. Como tratamiento único

6.3. Principios de tratamiento en función de los parámetros anteriores

- Parotidectomía superficial o total CONSERVADORA del nervio facial:

- Estadios 1 y 2
- Bajo grado de malignidad
- Ausencia de afectación del nervio facial

- Parotidectomía RADICAL o AMPLIADA:

- Estadios 3 y 4 resecables
- Alto grado de malignidad
- Afectación del nervio facial
- Determinadas recurrencias tumorales

En estos casos se suele emplear la radioterapia como tratamiento postoperatorio. Este uso complementario supone un mejor control locorregional de la enfermedad y aumenta la supervivencia (únicamente en este grupo de estadios avanzados). Asimismo es deseable pensar en un injerto nervioso para tratar de preservar la función del mismo, y así disminuir la morbilidad del tratamiento de la enfermedad. Si esto no es así, deben tratar de ponerse en marcha medidas de rehabilitación facial temprana. Por otra parte, la afectación ganglionar cervical o en casos de estadios avanzados, pueden indicar la combinación de estas técnicas con vaciamientos celuloganglionares cervicales.

Señalar también que en ocasiones son necesarias osteotomías mandibulares para la resección tumoral adecuada, aunque éstas no son frecuentes.

- RADIOTERAPIA como tratamiento único:

- Tumores irresecables
- Determinadas recurrencias

6.4. Manejo perioperatorio quirúrgico

6.4.1. Anestesia

- Anestesia general.
- Intubación naso u orotraqueal en función de la técnica quirúrgica de elección.
- Taponamiento orofaríngeo si procede.
- Infiltración con anestésico local y vasoconstrictor.

- Monitorización anestésica convencional.
- Controles adecuados durante la reanimación, con especial atención a la vía aérea.

6.4.2. Medicación perioperatoria

La medicación prescrita puede variar en función de protocolos individuales u hospitalarios, y en pacientes específicos, pero generalmente incluirán:

- Antibióticos, para reducir el riesgo de infección postoperatoria si procede (en la mayoría de los casos basta con realizar profilaxis antibiótica).
- Corticoides, para reducir edema, dolor y trismus postoperatorio.
- Antiinflamatorios no esteroideos, posteriormente al empleo de esteroides, para reducir dolor y tumefacción.
- Analgesia intra y postoperatoria.
- Reposición de fluidos intravenosos, incluida transfusión sanguínea en caso preciso. Existen programas de autotransfusión protocolizados en cada centro.
- Antieméticos.
- Medidas de lubricación y cobertura ocular para disminuir riesgo de complicaciones por posible afectación del nervio facial.

6.4.3. Hospitalización

- La estancia hospitalaria de estos pacientes, aun siendo variable, oscila generalmente entre 2 y 4 días.
- El alta hospitalaria se producirá cuando su cirujano considere que el paciente puede estar en su domicilio y recibir los cuidados adecuados. No deberá existir en ese momento riesgo potencial de compromiso de la vía aérea ni hemorrágico.

6.4.4. Cuidados postoperatorios

- Monitorización del sangrado postoperatorio y de los drenajes.
- Los pacientes serán manejados en régimen habitual de hospitalización por parte del personal de enfermería y auxiliar:
- Generalmente la dieta oral se puede reiniciar al cabo de 6 a 8 horas de la cirugía.
- Medidas físicas para mejorar el confort del paciente: protección ocular con lubricantes y cobertura para disminuir riesgo de complicaciones por posible afectación del nervio facial, vendaje compresivo hemostático, etc.

7. RESULTADOS

7.1. Seguimiento

- Revisiones periódicas en el postoperatorio del paciente, incluyendo resultados anatómopatológicos (histología del tumor, márgenes de resección, grado de malignidad, etc.)
- Seguimiento a largo plazo de los pacientes para registrar cambios tardíos, recidivas o posibles complicaciones:
- Exploraciones físicas adecuadas
- Exploraciones radiológicas si proceden
- PAAF ante la aparición de nuevas masas

7.2. Indicadores de resultado favorable

- Ausencia de complicaciones intra o postoperatorias inesperadas.
- Obtención de los objetivos terapéuticos prefijados:
- Prevención de potencial desarrollo posterior de patología (resección con márgenes libres).
- Estética facial óptima.
- Estabilidad de resultados.
- Mínima morbilidad.
- Satisfacción de las expectativas del paciente.

7.3. Indicadores de resultado desfavorable

- Complicaciones intra o postoperatorias:
- Hemorragia.
- Lesión inesperada de estructuras anatómicas.
- Complicaciones médicas de la cirugía o de la anestesia.
- Tumefacción facial severa persistente o dolor persistente.
- Infección local.
- Dehiscencia de suturas.
- Alteraciones de la cicatrización.
- Pérdida de injertos nerviosos.
- Márgenes de resección afectos.

7.4. Supervivencia a los 5 años de los tumores malignos de glándula parótida

- Según estadio:
 - Estadio 1: 90-95%
 - Estadio 2: 80%
 - Estadios 3 y 4: 30%

- Según grado histológico de malignidad:
 - Bajo: 90-95%
 - Medio: 65-70%
 - Alto: 30-35%

- Según tipo histológico de tumor primario:
 - Ca. mucoepidermoide de bajo grado: 90%
 - Ca. mucoepidermoide de alto grado: 62%
 - Ca. células acinares: 70%
 - Ca. adenoide quístico: 60%
 - Tumor maligno mixto: 85%
 - Adenocarcinoma: 55%
 - Ca. epidermoide o anaplásico: 25%

8. INFORMACIÓN PARA PACIENTES

Los tumores de glándula parótida son en la mayoría de los casos tumoraciones benignas (hasta el 75% de los casos). Suelen presentarse como masas palpables en la región preauricular, siendo móviles e indoloras con mayor frecuencia, de crecimiento lento. Hay que señalar que existen otros múltiples diagnósticos probables para estas masas (infecciones víricas, lesiones epidérmicas, etc.)

El origen más frecuente de estas lesiones es el glandular mixto, formado por una mezcla de diferentes tipos de células.

Aunque en la inmensa mayoría de las ocasiones son, como hemos señalado, de carácter benigno, son masas que deben ser valoradas por un especialista. Esto es debido a que, con el tiempo, pueden transformarse o tener un comportamiento maligno. También pueden ser desde el principio así, pero no es lo más frecuente.

El factor de riesgo principal para el desarrollo de estas lesiones es la radiación en la zona (tratamientos radioterápicos previos, accidentes nucleares,...).

Son signos que aconsejan la consulta temprana con el especialista (además de la aparición de una masa en esta región per sé):

- Aumento del tamaño
- Aparición de alteraciones de la movilidad facial
- Aparición de dolor en la masa
- Alteraciones en la consistencia
- Adhesión a la piel o a otras estructuras

El diagnóstico precoz de los tumores de glándula parótida mejora el pronóstico y las posibilidades de curación.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Becket W. Otorrinolaringología. Ed Mosby, 2 ed, 1994.

Cawson RA. The pathology and surgery of the salivary glands. Isis Medical Media Ltd, 1997.

Cirugía Oral y Maxilofacial. Manual del Residente. SmithKline Beecham, 1997.

Raspall G. Cirugía Maxilofacial. Ed Panamericana, 1997.

Shah J. Cirugía y oncología de cabeza y cuello. Ed Mosby, 2004.

Shah JP. Fine needle aspiration biopsy of salivary gland lesions in a selected patient population. Arch Otolaryngology Head Neck Surg 2004 Jun; 130 (6): 773-8.