

Metástasis en la glándula parótida

P. Pomar Blanco, C. Martín Villares, J. San Román Carbajo, M. Tapia Risueño, M. Fernández Pello

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital del Bierzo. Ponferrada (León).

Resumen: *Introducción:* La existencia de metástasis parotídeas ha sido reflejada en la literatura, siendo su tratamiento controvertido. *Material y métodos:* Se realiza un estudio retrospectivo sobre 48 pacientes sometidos a cirugía de parótida entre los años 1997 y 2004, revisándose aspectos clínicos e histológicos. *Resultados:* De los 48 pacientes intervenidos, en 12 casos se diagnosticó metástasis parotídea de un tumor primario (25%). El estudio histopatológico identificó: tumor primario en la piel en 9 pacientes (8 carcinomas epidermoides y 1 melanoma), 2 linfomas de localización inicial infraclavicular y un carcinoma renal de células claras. Los 12 pacientes fueron sometidos a parotidectomía, acompañada de vaciamiento ganglionar cervical en 10 pacientes (en 6 de ellos se identificaron metástasis ganglionares); 8 pacientes recibieron tratamiento radioterápico postquirúrgico. *Conclusión:* En nuestro estudio las metástasis parotídeas son relativamente frecuentes en el global de los pacientes intervenidos por tumores de parótida. En la mayoría de las ocasiones el tumor primario se encuentra en zonas cutáneas próximas (melanomas o carcinomas epidermoides), aunque es posible que el tumor primario se encuentre por debajo de las clavículas.

Palabras clave: Metástasis. Glándula parótida. Tumores malignos secundarios.

Metastasis to the parotid gland

Abstract: *Introduction:* Metastatic disease in the parotid gland has been observed and reported in the literature, and its treatment is controversial. *Material and methods:* We review 48 patients with parotid tumors that underwent surgery during 1997-2004. The clinical and histological features are reviewed. *Results:* Among these 48, there were 12 cases of metastatic tumors to the parotid (25%). The pathohistological analysis of these tumors revealed that 8 were epidermoid carcinoma (66%), 1 patient was a melanoma (8%), 2 lymphomas below clavicles (16%) and 1 patient with a metastasis of a primary renal cancer. All patients underwent parotidectomy and 10 also cervical neck dissection (6

cases showed cervical metastases). 8 patients received radiotherapy after surgery. *Conclusions:* In our study parotid metastases are relatively common in patients submitted for parotid surgery. Often the site of origin of the primary tumor is the facial skin, and the primary tumors most commonly are melanomas or squamous-cell carcinomas, but it is possible distant primary tumors below clavicles.

Key words: Metastasis. Parotid gland. Secondary malignant tumors.

INTRODUCCIÓN

La glándula parótida es la glándula salivar más frecuentemente afectada por las metástasis de tumores extraparotídeos, siendo responsables del 4% de todos los tumores glandulares¹ y del 21-42% de los tumores malignos parotídeos². Los tumores que metastatizan con mayor frecuencia en la glándula parótida y en los ganglios linfáticos cervicales son los de cabeza y cuello^{1,3}, pero existe un 40% de las ocasiones en donde las metástasis en dicha glándula son la primera manifestación de malignidad¹.

Los ganglios linfáticos de la glándula de parótida obtienen sus ramas tributarias de la linfa de la piel de la cara, el cuero cabelludo y la porción anterior de la concha⁴. El melanoma y el carcinoma de células escamosas son los tumores encontrados con mayor frecuencia^{2,4,7}, representando el 80% de las metástasis en la glándula parótida⁸. El melanoma se encuentra generalmente superficial en su extensión metastásica, sin embargo el carcinoma de células escamosas suele ser intraglandular⁸. Las metástasis de adenocarcinomas o de tumores de otra localización, como el hipernefoma renal, son muy poco frecuentes². También los tumores malignos del tracto aéreo-digestivo superior pueden metastatizar en la glándula parótida⁵.

La presentación clínica de las metástasis en la glándula parótida es diferente en cada paciente², por ello la historia previa, la citología aspiración con aguja fina (sensibilidad 83-95%^{9,10}) y la resonancia magnética son las combinaciones más útiles para diagnosticar los tumores metastásicos, con una sensibilidad del 100%. Los estudios histológicos y especialmente las características inmunohistoquímicas pueden ser útiles para identificar el tumor primario¹. La Tomografía de Emisión de Positrones (PET) utilizada para el descubrimiento de metástasis de melanoma tiene una sensibilidad de 94,2% y una especificidad de 83,3%, en comparación con la Tomografía Axial Computerizada (TAC) con un 55,3% y

Correspondencia: Pilar Pomar Blanco
Servicio de Otorrinolaringología
Hospital del Bierzo
24411 Fuentesnuevas. Ponferrada (León)
E-mail: pilipomar@hotmail.com
Fecha de recepción: 2-2-2005
Fecha de aceptación: 17-10-2005

84,4% respectivamente¹¹. La PET muestra también utilidad en el descubrimiento de tumores metastásicos de otros orígenes (senos paranasales, pulmón o ganglios linfáticos¹¹).

Las lesiones metastásicas en la glándula parótida pueden acontecer a nivel intraglandular, paraglandular o pararenquimatoso y son con frecuencia difíciles de diferenciar de las neoplasias primarias de la glándula⁸, sobre todo si la localización del tumor primario es desconocida¹.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyen en esta revisión retrospectiva 48 pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico en nuestro servicio, entre los años 1997 y 2004, por un tumor de parótida. Los criterios que hemos seguido para diagnosticar una metástasis parotídea han sido:

a.- La existencia de un tumor maligno conocido de localización extraparotídea.

b.- La presencia de idéntica extirpe histológica en la lesión parotídea.

c.- Cuando no se identificó tumor maligno fuera de la parótida, se decidió que dicho tumor parotídeo era primario.

d.- Se excluye la invasión por contigüidad, descartando los casos en los que no existía una separación entre el tumor primario y la supuesta metástasis, considerando como criterio de exclusión del concepto "metástasis parotídea" a todos aquellos pacientes que presentaban un tumor en parótida y en la piel que la recubre (3 casos), por la dificultad en identificar si el primario es de piel extendido a parótida o de parótida que finalmente infiltra la piel.

En cada paciente hemos recogido las siguientes variables:

- Sexo y edad.
- Localización del tumor primario: cabeza y cuello u otra localización.

- El tipo histológico de la metástasis y del primario.
- Tiempo transcurrido entre la aparición del primario y la metástasis parotídea.

- El tratamiento realizado: cirugía sobre la parótida y la cadena ganglionar cervical homolateral, radioterapia y/o quimioterapia.

- Seguimiento oncológico posterior del enfermo: fallecido, vivo con tumor o libre de enfermedad.

RESULTADOS

La incidencia de metástasis parotídeas en nuestra serie fue del 25% (12 pacientes de 48 parotidectomías por lesión tumoral). De estos 12 casos diagnosticados de metástasis parotídea, 6 eran hombres y 6 mujeres, con una edad media de 74 años (rango de edades entre 60 y 82 años).

La localización del tumor primario en los 12 enfermos con metástasis parotídea era: carcinoma epidermoide de piel facial en 8 pacientes (66%); dos linfomas no Hodgkin foliculares de localización infraclavicular, previamente tratados y localizada la metástasis exclusivamente en la glándula (16%); melanoma facial en 1 caso (8%) y carcinoma renal en una enferma (8%) que 18 años antes había sido diagnosticada de carcinoma renal primario de células claras y metastatózó en dos años consecutivos en ambas colas parotídeas (Figura 1).

De los 8 pacientes con metástasis de carcinoma epidermoide de piel facial, 4 habían presentado el primario en la piel de la región temporal, 3 en la piel del pabellón auricular (excluyéndose la recidiva local) y un caso en el surco nasogeniano, con una media de 3,5 años antes. El paciente con la metástasis de melanoma había presentado el primario medio año antes en la piel del surco nasogeniano, mientras que las dos enfermas con metástasis de linfoma en parótida habían sido tratadas 1 y 3 años antes por lesión localizada por debajo de las clavículas.

Tabla 1: Descripción de los pacientes

Paciente	Sexo/edad	Localización T. Primario	Histología	Tratamiento quirúrgico	G	RT	QT	Seguimiento
1	V/66a	T	CE	PS		SI	NO	VSM
2	V/75a	T	CE	PS+VRC	+	SI	NO	VSM
3	M/81a	LNHI	LNH	PS+VFC	-	SI	SI	VSM
4	V/80a	T	CE	PS+VFC	-	NO	NO	FA
5	M/81a	NG	CE	PT+VFC	+	SI	NO	FA
6	V/76a	PA	CE	PS+VFC	-	NO	NO	VSM
7	V/77a	T	CE	PS+VFC	+	SI	NO	VSM
8	M/70a	RN	CCC	2PS+2VFC	-	NO	NO	VSM
9	M/60a	LNHI	LNH	PS		NO	SI	VSM
10	V/82a	PA	CE	PT+VFC	+	SI	NO	VSM
11	M/68a	PA	CE	PT+VFC	+	SI	NO	VSM
12	M/77a	NG	ME	PT+VFC	+	SI	SI	VSM

V/M: varón/mujer. a: años. T: región temporal. LNHI: linfoma no Hodgkin infraclavicular. NG: surco nasogeniano. PA: pabellón auricular. RN: renal. CE: carcinoma epidermoide. ME: melanoma. LNH: linfoma no Hodgkin. CCC: carcinoma de células claras renal. PS: parotidectomía superficial. PT: parotidectomía total. VFC: vaciamiento funcional cervical. VRC: vaciamiento radical cervical. G+: ganglios positivos. G-: ganglios negativos. RT: radioterapia. QT: quimioterapia. FA: fallecido. VSM: vive sin metástasis.



Figura 1. Imagen de TAC con metástasis parotídea de carcinoma renal de células claras intervenida de ambas parótidas en dos años consecutivos.

La técnica quirúrgica que realizamos fue parotidectomía superficial en 8 de los 12 casos y parotidectomía total con conservación del nervio facial en los restantes 4 enfermos, en 3 pacientes por extensión del carcinoma epidermoide al lóbulo profundo y en un paciente con diagnóstico de melanoma, por sospecharse en la exploración intraoperatoria infiltración en profundidad. No se desarrolló ninguna parálisis facial completa postoperatoria, aunque sí lesión residual de la rama mentoniana del nervio facial en cinco enfermos, tres de ellos con recuperación en las siguientes semanas; las dos restantes fueron definitivas.

Se realizó tratamiento sobre los ganglios cervicales homolaterales en 10 de los 12 pacientes (83%), 9 funcionales y 1 radical por afectación del paquete vasculonervioso cervical. En un paciente no se realizó vaciamiento por su mal estado general y en el otro porque se trataba de un foco de linfoma de 2 cm limitado exclusivamente a la parótida. En el análisis histopatológico de las piezas de vaciamiento ganglionar cervical se identificaron metástasis cervicales en 6 de los 10 pacientes, por tanto en el global de los 12 enfermos con metástasis parotídeas existían además metástasis cervicales en el 50%. De los 6 casos con metástasis cervicales acompañando a la metástasis parotídea, tan solo en uno la adenopatía era palpable, mientras que en los restantes 5 enfermos eran focos metastásicos no palpables (metástasis cervicales ocultas).

Todos los pacientes con metástasis cervicales (6 enfermos) recibieron radioterapia complementaria, además del paciente que no fue sometido a vaciamiento cervical por su mal estado general y de la enferma con linfoma no Hodgkin a la que se le realizó tratamiento quirúrgico ganglionar cervical homolateral; de los 12 pacientes, 3 fueron sometidos a quimioterapia por su estirpe histológica: los dos linfomas y el melanoma.

En el seguimiento oncológico sólo 2 de los 12 pacientes han fallecido, un enfermo cardiópata de 80 años en el postoperatorio inmediato, por isquemia miocárdica aguda y una mujer de 81 años, al año y medio de la cirugía, por metástasis a distancia diseminadas. El resto de los enfermos si-

guen controles periódicos en nuestro servicio sin haberse detectado recidiva locoregional de su enfermedad.

DISCUSIÓN

Las metástasis en la glándula parótida son en general poco frecuentes; en una amplia serie publicada sobre tumores benignos y malignos de dicha localización, que incluye más de 6.000 pacientes, tan solo el 8,1% eran metastásicos¹². En nuestro estudio la incidencia de metástasis en la parótida es más frecuente (25%), probablemente porque hemos seleccionado inicialmente, dentro de todos los tumores parotídeos, los que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico (parotidectomía con o sin vaciamiento).

Existen dos vías para que un tumor metastatice en la glándula parótida:

- Por diseminación hematogena, con más frecuencia desde las vías aéreo-digestivas⁵, o con menor frecuencia desde el riñón². Solo hemos encontrado un paciente con carcinoma renal que metastatizó en ambas parótidas (8%).

- Por diseminación linfática. Según un estudio de Seifert¹³, en la parótida existen entre 20 y 30 ganglios linfáticos, con abundantes conexiones entre ellos, que drenan a los ganglios cervicales. Los linfáticos de la piel facial, del pabellón auricular y del cuero cabelludo drenan en estos ganglios parotídeos, por lo que con frecuencia el melanoma facial y los carcinomas cutáneos metastatizan en la glándula parótida¹⁴. En nuestra serie el 75% de las metástasis parotídeas eran carcinomas epidermoides cutáneos (8 pacientes) o melanomas faciales (1 paciente). En la serie de Gnepp el 45% eran melanomas y el 38% carcinomas epidermoides¹². También los tumores malignos de paladar, amígdala o cavum pueden metastatizar en la parótida, aunque con escasa incidencia^{13,14}.

Se considera que la cirugía es el tratamiento de elección en tumores parotídeos incluyendo las metástasis. A pesar de la literatura publicada sobre el tratamiento de los tumores malignos de parótida, actualmente sigue siendo un tema controvertido tanto en la decisión de la técnica quirúrgica (parotidectomías total frente a superficial, necesidad de vaciamiento ganglionar cervical) como en el tratamiento complementario, generalmente radioterapia postoperatoria. En cuanto a la técnica quirúrgica sobre las metástasis, algunos autores defienden como tratamiento de elección la parotidectomía total³. Para otros, si la localización del tumor es estrictamente en lóbulo superficial con márgenes bien definidos y el tumor es histológicamente poco agresivo, la parotidectomía superficial es oncológicamente segura, con mejores resultados funcionales¹⁵. En nuestra experiencia hemos realizado ambas técnicas, aunque el limitado número de casos no nos permite establecer conclusiones en relación a supervivencia y técnica quirúrgica.

También existe controversia en la necesidad de completar o no la cirugía sobre la parótida con tratamiento sobre la cadena ganglionar cervical homolateral; hemos realizado vaciamientos en 10 de los 12 pacientes, 6 presentaron

metástasis cervicales en el estudio histopatológico. Mientras que algunos autores señalan que el vaciamiento ganglionar cervical profiláctico no aporta ninguna ventaja oncológica¹⁶, otros lo defienden incluso en enfermos con metástasis parotídea sin ganglios cervicales palpables¹⁷.

Tras la cirugía sobre la celda parotídea se considera que las tasas locales del control a los 5 años, según amplias series recientes de la literatura, son del 75% para los carcinomas escamosos, 94% en los melanomas y 100% en otros tumores metastásicos ($p < 0,01$), mientras que las tasas de supervivencia a los 5 años son del 65%, 46%, y 56% respectivamente ($p < 0,01$)¹⁸, llegando a la conclusión de que el fracaso local ocurre con mayor frecuencia en los carcinomas epidermoides mientras que los pacientes con melanoma presentan una incidencia más alta de metástasis a distancia¹⁸.

Si bien los cirujanos y radioterapeutas consideraban que la glándula parotídea era radiorresistente, cada vez con mayor frecuencia se asocia radioterapia postquirúrgica. En nuestra serie, el 66% de los pacientes intervenidos por una metástasis parotídea se sometieron después a sesiones de radioterapia complementaria. La efectividad de la radioterapia en esta localización es difícil de valorar, ya que no existe apenas experiencia de tratamiento con radioterapia sola en estos tumores.

Autores como Krengli et al., que realizan exclusivamente radioterapia en 14 pacientes con metástasis parotídea, presentan un control local del 57% tras la radioterapia como único tratamiento, a los 2 años desciende al 50% y a los 5 años tan sólo era del 20%, por ello recomiendan la radioterapia exclusiva para los pacientes inoperables o los tipos histológicos radiosensibles⁶. La experiencia de Guillaumondegui et al. señala que mediante su aplicación se espera reducir el riesgo de recidiva local, tras cirugía sobre la celda parotídea, del 29,6% al 9,1%¹⁹.

CONCLUSIONES

1. Ante el diagnóstico de metástasis parotídea, la piel facial, el pabellón auricular y el cuello cabelludo son las primeras regiones a explorar en busca de un melanoma o carcinoma epidermoide cutáneo.

2. La extirpe histológica, la localización y el estadio del tumor primario condiciona de forma absoluta el porvenir oncológico del paciente.

3. A pesar de que el tratamiento de estas metástasis parotídeas sigue siendo controvertido, la cirugía local y regional seguida de radioterapia parece ser la estrategia más adecuada para mejorar el control de la enfermedad.

Referencias

1. Franzen A, Pfaltz M. Parotid tumors of non-glandular origin: local and distant metastases in the parotid gland. *Laryngorhinotologie* 1997;76(12):735-739.
2. Coppa GF, Oszczakiewicz M. Parotid gland metastasis from renal carcinoma. *Int Surg* 1990;75(3):198-202.
3. Croce A, Moretti A, Bianchedi M. Parotid metastases of malignant tumors of the head. *G Chir* 1993;14(7):359-362.
4. Vollrath M, Droese M, Hinney B. The parotid gland as target organ of regional and distant metastases. *Laryngol Rhinol Otol* 1981;60(1): 39-41.
5. Batsakis JG. Parotid gland and its lymph nodes as metastatic sites. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1983;92:209-210.
6. Krengli M, Pisani P, Pia F. Exclusive radiotherapy of parotid metastases. Results in 14 cases. *Radiol Med* 1993;86(5):684-686.
7. Szymanski M, Siwiec H, Olszanski W, Golabek W. Parotid metastases from breast cancer. *Wiad Lek* 2002;55(7-8):494-497.
8. Coulthard SW. Metastatic disease of the parotid gland. *Otolaryngol Clin North Am* 1977;10(2):437-442.
9. Horii A, Yoshida J, Honjo Y, Mitani K, Takashima S, Kubo T. Pre-operative assessment of metastatic parotid tumors. *Auris Nasus Larynx* 1998;25(3):277-283.
10. Lussier C, Klijanienko J, Vielh P. Fine-needle aspiration of metastatic non lymphomatous tumors to the major salivary glands: a clinicopathologic study of 40 cases cytologically diagnosed and histologically correlated. *Cancer* 2000 25;90(6):350-356.
11. Holder WD Jr, White RL Jr, Zuger JH, Easton EJ Jr, Greene FL. Effectiveness of positron emission tomography for the detection of melanoma metastases. *Ann Surg* 1998;227(5):764-771.
12. Gnepp DR. Metastatic disease to the major salivary glands. En: Ellis GL, Auclair PL, Gnepp DR (Eds): *Surgical Pathology of the Salivary Glands*. WB Saunders Company, Philadelphia, PA (USA) 1991;560-569.
13. Seifert G, Henning K, Caselitz J. Metastatic tumors to the parotid and submandibular glands: analysis and differential diagnosis of 108 cases. *Pathol Res Pract* 1986;181:684-691.
14. Batsakis JG, Bautina E. Metastases to major salivary glands. *Ann Otol Rhinol* 1990;99:501-507.
15. Jecker P, Hartwein J. Metastasis to the parotid gland: is a radical surgical approach justified?. *Am J Otolaryngol* 1996;17(2):102-105.
16. Malata CM, Camilleri IG, McLean NR, Piggott TA, Soames JV. Metastatic tumours of the parotid gland. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1998;36(3):190-195.
17. O'Brien CJ, McNeil EB, McMahon JD, Pathak I, Lauer CS. Incidence of cervical node involvement in metastatic cutaneous malignancy involving the parotid gland. *Head Neck* 2001;23(9):744-748.
18. Bron LP, Traynor SJ, McNeil EB, O'Brien CJ. Primary and metastatic cancer of the parotid: comparison of clinical behavior in 232 cases. *Laryngoscope* 2003;113(6):1070-1075.
19. Guillaumondegui OM, Byers RM, Luna MA. Aggressive surgery in treatment for parotid cancer: the role of adjunctive postoperative radiotherapy. *Am J Roentgenol* 1975;123:49-53.