

## *Tumores de la celda parotídea en el niño (\*)*

*15 casos en 5 años en el Hospital Infantil "William Soler"*

Por los Dres.:

GUILLERMO HERNANDEZ AMADOR,\*\*) ANGEL MORANDEYRA MARTIN,\*\*)  
ALBERTO VERDEJA IBAÑEZ,\*\*\*) JUAN GONZALEZ RODILES PLANAS,\*\*\*\*)  
JESUS CABRERA ARREGOITÍA,\*\*\*\*\*) Y FELIPE SUAREZ CARDENAS\*\*\*\*\*)

Los tumores de la celda parotídea son infrecuentes en general, y al revisar las publicaciones a este respecto se comprueba que la incidencia en niños de neoplasias asentando en esta región es muy baja.

Byars y Ackerman<sup>1</sup> en 470 tumores de glándulas salivares encuentran sólo un 5% en pacientes menores de 18 años. Howard<sup>2</sup> en un período de 22 años en el Hospital de Niños de Filadelfia, reportó 21 casos en sujetos menores de 21 años. Reiquam<sup>3</sup> en un período de 15 años en el Hospital de Niños de Denver, reportó 20 casos.

Si bien los tumores de la celda parotídea más frecuentes en el adulto son las

neoformaciones a expensas de los conductos y los acinis glandulares, como son los tumores mixtos y los adenocarcinomas; en el niño predominan las lesiones originadas en el sistema vascular y el tejido conjuntivo, como los hemangiomas, linfangiomas y sarcomas.

En una serie de 15 niños con tumores localizados en la región parotídea ingresados en el Hospital Infantil "William Soler", en un período de 5 años, hemos podido comprobar la citada frecuencia de los tumores vasculares; pero además, hemos encontrado una alta incidencia de lesiones tumorales que sin ser tumores de parótida asentaban en la celda parotídea.

En este grupo de casos que tuvimos la oportunidad de tratar comprobamos las siguientes entidades nosológicas:

—Neoformaciones a expensas del sistema vascular parotídeo:

3 Hemangiomas.

4 Higromas quísticos.

—Neoformaciones originadas en tejidos no parotídeos:

1 Rbdomiosarcoma.

1 Neurofibroma.

(\*) Trabajo presentado en el XI Congreso Médico y VII Estomatológico Nacional celebrado en la Habana, del 23 al 26 de febrero de 1966.

(\*\*) Cirujanos Pediatras en el Hospital Infantil "William Soler", Reparto Altahabana, Habana, Cuba.

(\*\*\*) Cirujano Máxilofacial, asociado en el Hospital Infantil "William Soler", Reparto Altahabana, Habana, Cuba.

(\*\*\*\*) Médico Especialista, Auxiliar de Cirugía, en el Hospital Infantil "William Soler", Reparto Altahabana, Habana, Cuba.

(\*\*\*\*\*) Médico Especialista en Anatomía Patológica, en el Hospital Infantil "William Soler", Reparto Altahabana, Habana, Cuba.

(\*\*\*\*\*\*) Médico Especialista, Auxiliar de Cirugía, en el Hospital Infantil "William Soler", Reparto Altahabana, Habana, Cuba.

- 1 Granuloma eosinófilo.
- 1 Lepra tuberculoide.
- 1 Infiltración leucémica de la parótida.
- 1 Epitelioma calcificado de Malherbe.
- 1 Quiste branquial.
- 1 Fibroma osificante.

**Hemangioma:**

Este tumor vascular benigno ha sido reportado como una de las más frecuen-



Fig. 1. Hemangioma capilar: 1-a) Vista lateral.

tes neoplasias que asientan en la glándula parótida en el primer año de la vida. La variedad capilar es mucho más frecuente que la cavernosa.

Los tres pacientes portadores de esta entidad que hemos tratado tenían respectivamente: 3 meses, 4 meses y 1 año

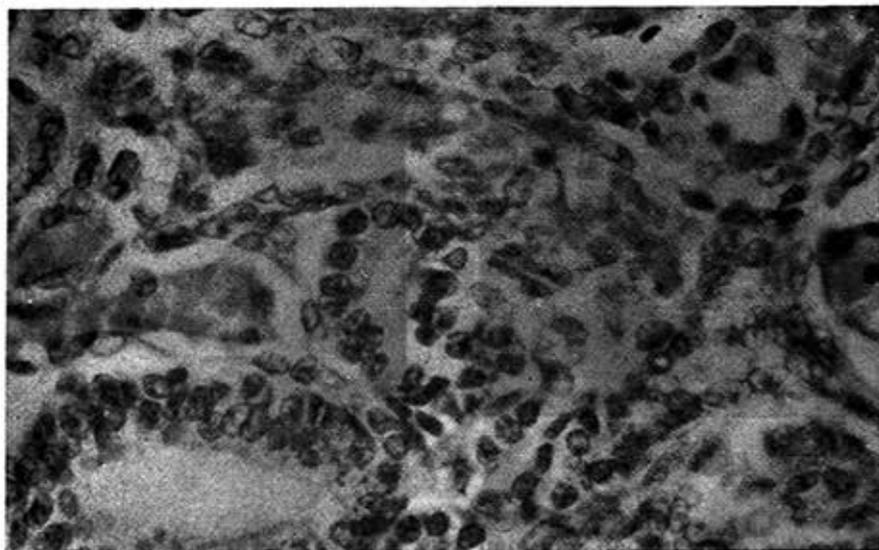


Fig. 1-b) Vista frontal.

de edad; todos eran de la variedad capilar y sólo uno presentaba la piel invadida por la lesión habiéndose ulcerado (Fig. 1). Fueron tratados por parotidectomía subtotal previa disección del nervio facial.



Fig. 1-c) Postoperatorio tardío.



*Fig. 1-d) Aspecto histopatológico: Se observan numerosos vasos capilares dilatados con abundantes hematies en su interior. Hacia un extremo se observa un conducto excretor de mediano tamaño.*

#### *Higromas quísticos:*

Estos tumores constituyen las neoplasias benignas más frecuentes encontradas en el cuello del niño, invadiendo a menudo la región parotídea. Aunque benignos se caracterizan por su crecimiento continuo y su capacidad para extenderse entre las fibras musculares y los espacios aponeuróticos, invadiendo los tejidos hasta el punto de hacerse irreseccables.

Su diagnóstico clínico no resulta difícil por sus dos características principales: la distensión de la piel que producen y su consistencia blanda.

Su tratamiento de elección es la cirugía precoz ya que no son sensibles a las radiaciones y su crecimiento puede llegar a comprometer la vida por compresión de los conductos aéreos.

Ninguno de nuestros 4 casos de este tipo de tumor se limitaban a la región



*Fig. 2. Higroma quístico: 2-a) Preoperatorio.*



Fig. 2-b) Postoperatorio.

parotídea sino que ocupaban también regiones vecinas como la suprahioidea, sublingual y láterocervicales. (Fig. 2).

#### **Rabdomiosarcoma:**

Esta neoplasia es la tercera en frecuencia que asienta en partes blandas, excedida en incidencia solamente por el liposarcoma y el fibrosarcoma. Según estadísticas de Pack<sup>3</sup> representaron el 13.9% de una serie de 717 sarcomas de partes blandas. Se trata de un tumor altamente agresivo que provoca la muerte, fundamentalmente por invasión local, en un período de tiempo relativamente corto. Su tratamiento de elección es la cirugía, ya que no son sensibles a las radiaciones.

#### **Caso clínico:**

N.L.R., masculino, 3½ meses de edad.

M.I. Aumento de volumen a nivel de las regiones parotídea y maseterina izquierdas.

H.E.A. Refiere la madre que cuando el niño tenía un mes de nacido le notó una pequeña tumoración por delante del pabellón auricular que le ha ido creciendo rápidamente hasta alcanzar el volumen que presenta a su ingreso (Fig. No. 3-a.)



Fig. 3. Rabdomiosarcoma: 3-a) Aspecto de la tumoración inicial.



Fig. 3-b) Postoperatorio reciente.



Fig. 3-c) Aspecto de la recidiva 5 meses después.

*Examen físico:* Tumoración de consistencia dura, difícilmente desplazable, que no se adhiere a la piel, que comprime el conducto auditivo externo y levanta el lóbulo de la oreja. No parálisis facial.

Se interviene quirúrgicamente extirpando la tumoración conjuntamente con el lóbulo externo parotídeo. (Fig. 3-b.)

Reingresa 5 meses después por recidiva local. (Fig. No. 3-c.)



Fig. 3-d) Postoperatorio después de la segunda intervención.

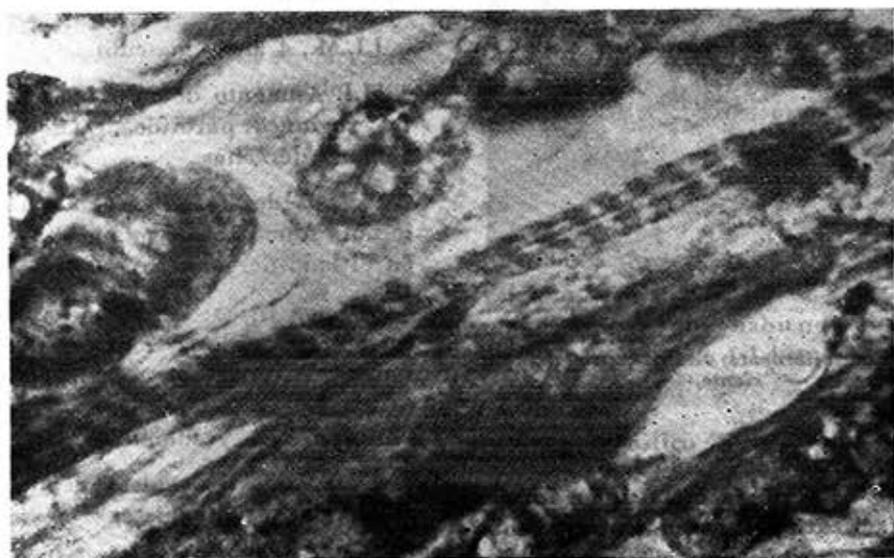


Fig. 3-e) Aspecto histopatológico: Hay una fibra muscular estriada tumoral con las estriaciones transversales características y con núcleos tumorales en la vecindad.

Se reinterviene quirúrgicamente extirpando la masa tumoral junto con el músculo masetero. (Fig. 3-d.)

En el postoperatorio se administró radioterapia y quimioterapia.

Seis meses después de su segunda operación permanece asintomático.

#### *Neurofibroma:*

Este tumor nervioso asienta de preferencia en las regiones profundas del cuello y la cara, ocurriendo frecuentemente en los niños. Se caracterizan por

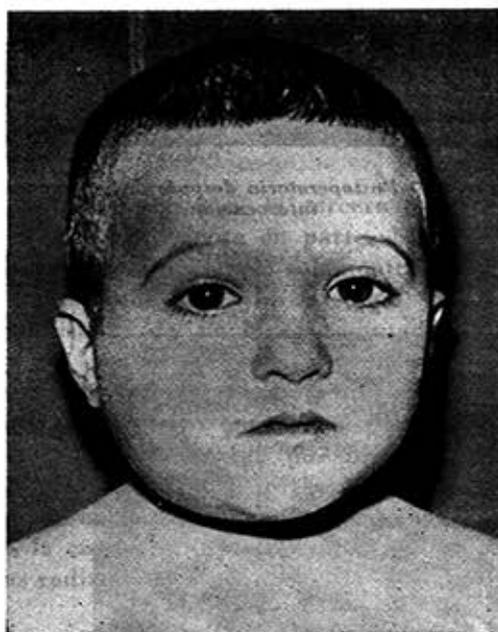


Fig. 4. Neurofibroma: 4-a) Aspecto del paciente.

su aspecto nodular siendo lento su crecimiento. La cirugía es la única forma de tratamiento reconocida; pero debido a que se mezclan íntimamente con las estructuras vecinas, su extirpación resulta difícil.



Fig. 4-b) Sialografía: Se aprecia el desplazamiento externo de la glándula por compresión extrínseca.

#### *Caso Clínico:*

J.L.M., 4 años, masculino.

M.I. Aumento de volumen a nivel de las regiones parotídea, maseterina y geniana derechas.

H.E.A., desde hace un año la madre le nota aumento de volumen de la cara en el lado derecho (Fig. No. 4-a).

*Examen físico:* Aumento de volumen difuso a nivel de las zonas señaladas notándose nodulaciones múltiples de alrededor de  $\frac{1}{2}$  cm. de diámetro en regiones parotídea y submaxilar.

*Sialografía:* Desplazamiento hacia afuera del sistema ductal (Fig. No. 4-b).

Se practicó la biopsia de uno de los nódulos palpables comprobándose la existencia de un neurofibroma.

### *Granuloma eosinófilo:*

Se manifiesta bajo la forma de una rarefacción ósea que afecta a uno o varios huesos. Las lesiones múltiples se observan con más frecuencia en los niños menores.

Pueden evolucionar de un modo asintomático descubriéndose la lesión a la ocasión de un examen radiográfico por cualquier motivo, siendo a veces la fractura patológica el primer síntoma de la enfermedad. En algunos casos el dolor y la inflamación pueden ser el motivo de consulta.

#### *Caso clínico:*

B.A.D., 3 años de edad, femenina.

M.I. Aumento de volumen en regiones maseterina y parotídea izquierdas (Fig. No. 5-a).

H.E.A.: Refiere la madre que hace tres meses la niña se quejó de dolor en la cara, notándole una inflamación a dicho nivel. Fue llevada a un estomatólogo que no comprobando caries dentales realizó estudio radiográfico observando una lesión osteolítica en la rama ascendente mandibular izquierda, por lo que la envía a este Hospital.



Fig. 5. *Granuloma eosinófilo:* 5-a) Aspecto de la paciente.

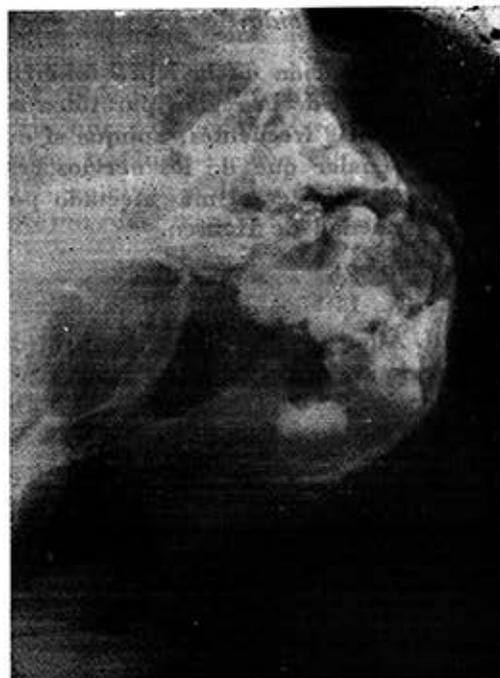


Fig. 5-b) Radiografía lateral oblicua de hemimandíbula izquierda donde se observa gran área de osteólisis de la rama ascendente que destruye borde inferior, ángulo y borde posterior de dicha rama, estando próxima a la fractura patológica.

Se le practicó una pielografía descendente y una serie ósea metastásica comprobándose otra lesión osteolítica a nivel del hueso iliaco izquierdo.

Es intervenida quirúrgicamente practicándose enucleación de la masa tumoral que ocupaba la cavidad ósea de la mandíbula, y que habiendo destruido el borde posterior del hueso invadía la celda parotídea.

El diagnóstico histopatológico fue: *Granuloma eosinófilo.*

Chequeada radiográficamente la paciente tres meses después de la operación se ha comprobado notable regresión de la lesión osteolítica.

### *Lepra tuberculoides:*

La localización de la lepra tuberculoides a nivel de la región parotídea no es de las más frecuentes; aunque sí debemos señalar que de los nervios craneales el facial es el más afectado por la enfermedad de Hansen.

#### *Caso clínico:*

R.M.N., 14 años de edad, masculino.

M.I. Aumento de volumen a nivel de las regiones geniana, maseterina y parotídea izquierda (Fig. No. 6-a).



*Fig. 6. Lepra tuberculoides: 6-a) Aspecto del enfermo a su ingreso.*

H.E.A.: Refiere la madre que desde hace tres meses el niño presenta una inflamación de la cara hacia el lado izquierdo. No ha notado dolor. No fiebre ni otras alteraciones de tipo general. Al principio fue considerado el proceso



*Fig. 6-b) Aspecto después del tratamiento con sulfonas.*

como una celulitis siendo tratado por consulta externa utilizando distintos antibióticos durante tres meses.

*Examen físico:* Aumento de volumen a nivel de las regiones citadas, palpándose una zona empastada, de contornos difusos, no dolorosa a la palpación, de consistencia elástica y notándose zonas hipocrómicas en la piel de la región. Parálisis facial periférica.

Fue llamado en consulta el dermatólogo del Hospital, quien comprobó trastornos de la sensibilidad térmica y dolorosa a dicho nivel haciendo el diagnóstico provisional de lepra tuberculoides el cual se comprobó histopatológicamente mediante biopsia de piel en la zona hipocrómica.

Fue tratado con sulfonas evolucionando muy favorablemente (Fig. número 6-b).

### *Infiltración leucémica de la parótida:*

Caracterizándose la leucemia por la hiperplasia del tejido mieloideo y la metaplasia mieloidea del mesénquima sus infiltraciones pueden localizarse prácticamente en cualquier órgano.

Siendo sus localizaciones típicas el hígado y el bazo, en el caso de nuestra serie estaban infiltrados, además de estos órganos, las glándulas parótidas.

### *Caso Clínico:*

O.G.G., 4 años de edad, masculino.

M.I. Aumento de volumen a nivel de ambas regiones parotídeas (Figs. Nos. 7-a y 7-b).

H.E.A. Refiere la madre que desde hace un mes comenzó a notar en su hijo aumento de volumen en las regiones pre-



Fig. 7. Infiltración leucémica de la parótida:  
7-a) Vista oblicua.

auriculares y además que el niño estaba muy pálido.

Lo llevaron a un facultativo, quien le dijo que padecía de parotiditis epidémica, tratándose como tal durante 30 días, en el curso de los cuales se le practicaron dos transfusiones sanguíneas.

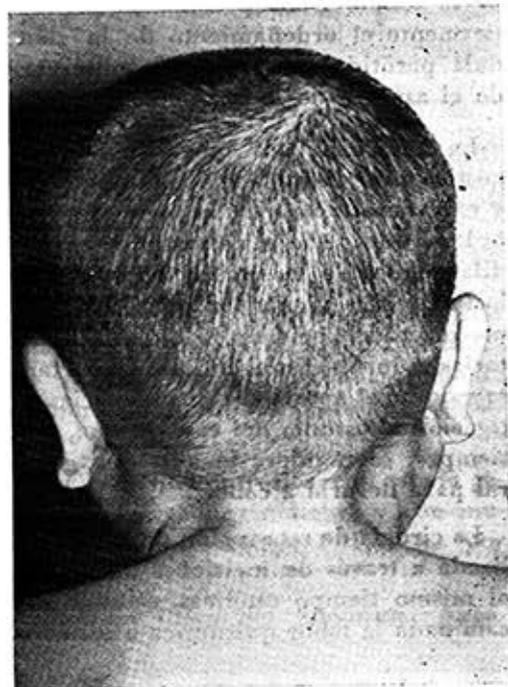


Fig. 7-b) Vista posterior: obsérvese el levantamiento de ambos lóbulos auriculares provocado por las tumoraciones.

A su ingreso en el Hospital Infantil "William Soler", se constató: palidez de piel y mucosas, aumento de volumen de ambas regiones parotídeas, hepatomegalia que rebasaba 3 cms. el reborde costal y adenopatías axilares, cervicales e inguinales.

Se le practicó un medulograma, comprobándose una leucemia aguda atípica.

Le realizamos una biopsia de parótida comprobándose una infiltración de células mieloideas en dicha glándula.

## DISCUSION

Frente a las tumoraciones de la región parotídea la conducta debe ser la siguiente:

El examen físico debe ser minucioso, determinando las características de consistencia, desplazabilidad y extensión de la lesión. Debe practicarse sistemáticamente el ordeñamiento de la glándula parotídea comprometida observando el aspecto de la secreción.

La sialografía nos ayuda en el diagnóstico diferencial entre tumores intra y extraparotídeos por la forma en que la lesión desplaza el sistema ductal. Las dilataciones de los conductos y las sialectasias son signos radiográficos que nos orientan hacia las lesiones inflamatorias crónicas. En el niño es importante valorar el aporte que hará esta investigación al estudio del caso ya que, casi siempre, se requiere la anestesia general para llevarla a cabo.

La cirugía de esta región debe ser realizada a través de incisiones amplias y al mismo tiempo estéticas, estando encaminada la labor quirúrgica a identifi-

car y diseccionar el nervio facial para garantizar su conservación al realizar la exéresis de los tejidos patológicos.

La resección del lóbulo parotídeo externo se impone frente a todas las lesiones tumorales de esta porción, que constituyen la inmensa mayoría de los casos y la parotidectomía total debe practicarse siempre que se observe toma del lóbulo interno.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Presentamos una gran variedad de afecciones encontradas en la región parotídea en una serie de 15 casos.
2. Los tumores parotídeos más frecuentes en los niños son aquellos a expensas del sistema vascular y el tejido conjuntivo. Es a señalar el inicio precoz de estos procesos (la mayoría antes del mes de nacidos).
3. Es analizado el valor de la sialografía como investigación complementaria.
4. Señalamos la importancia del diagnóstico precoz y la exéresis temprana de estos tumores.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—Byars, L. T., Ackerman, L. V., Peacock, E.: Tumors of Salivary Gland Origin in Children, *Annals of Surgery*, 146: 40-51, 1957.
- 2.—Howard, J. M., Rawson, A. J., Koop, C. E., Horn, R. C. and Royster, H. P.: Parotidid Tumors in Children. *Surg. Gyn., and Obst.*, 90: 307, 1950.
- 3.—Pack, G. P., and Ariel, I. M.: Tumors of the Soft Somatic Tissues (New York: Paul B. Hoeber, 1958), P. 681.
- 4.—Koop, C. E., Tewarson, I. P.: Rhabdomyosarcoma of the Head and Neck in Children, *Annals of Surgery*, 160: 95, 1964.
- 5.—Reiquam, C. W.: Salivary Gland. Tumors in Children, *Archives of Surgery*, 86: 313, 1963.