

Tumores das glândulas parótidas - Casuística dos últimos 10 anos do serviço de ORL do IPO de Lisboa

Parotid tumors - Casuistry of the last 10 years of the Otolaryngology Department of Lisbon IPO

Filipa Oliveira • Eurico Costa • Sónia Pereira • Ricardo Pacheco • Miguel Magalhães

RESUMO

Os tumores das glândulas salivares são tumores pouco frequentes da cabeça e pescoço, correspondendo a cerca de 3-5% dos tumores nesta localização.

No presente trabalho iremos fazer um estudo retrospectivo da ocorrência de tumores da glândula parótida dos últimos 10 anos no Serviço de Otorrinolaringologia do IPO de Lisboa.

Foram recolhidos dados dum total de 153 doentes desde o período de 1 de Janeiro de 2001 a 31 de Dezembro de 2011 e avaliadas a incidência dos tipos histológicos, a terapêutica efectuada e o seguimento dos doentes a curto, médio e longo prazo. Foram igualmente tidas em conta a ocorrência de complicações, recidivas e tratamentos complementares.

Verificou-se que, tal como na bibliografia consultada, estes tumores são raros e na sua maioria benignos, havendo uma razão inversamente proporcional entre o tamanho da glândula salivar e a benignidade do tumor.

O tratamento de eleição para os tumores das glândulas parotídeas é cirúrgico, independentemente de se tratar dum tumor benigno ou maligno, uma vez que há um crescimento contínuo do tumor e potencial de malignização.

Palavras-chave: Glândulas salivares; Glândula parótida; Tumores benignos; Tumores malignos; Cirurgia.

Filipa Oliveira

Interna do Complementar do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Egas Moniz – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Eurico Costa

Interno do Complementar do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Fernando Fonseca

Sónia Pereira

Interno do Complementar do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital São José – Centro Hospitalar Lisboa Central

Ricardo Pacheco

Assistente de Otorrinolaringologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa

Miguel Magalhães

Director do Serviço de Otorrinolaringologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa

Todos os autores são sócios da SPORL

Correspondência:

Ana Filipa Simões de Oliveira
Estrada da Luz, nº 148, 7º Esq., 1600 Lisboa.
Telefone: 919650815
Email: anafilipinha@gmail.com

Trabalho a ser apresentado como comunicação livre no 59º congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (SPORL).

ABSTRACT

The salivary gland tumors are uncommon neoplasms of the head and neck region, corresponding to 3-5% of the tumors in this location.

In this article we will be doing a retrospective study of the occurrence of tumors of the parotid gland over the past 10 years in the Department of Otorhinolaryngology IPO Lisbon.

Data were collected from a total of 153 patients from the period of 1st January of 2001 to 31st December of 2011 and was evaluated the incidence of the various subtypes of tumors, treatment given and the follow-up of patients. We also took into account the possible complications, recurrences and complementary treatments.

We have concluded that, as in the bibliography, these tumors are rare and mostly benign, having a proportional ratio between the size of the salivary gland and benign tumor.

The treatment of choice for the parotid gland neoplasm is surgery, regardless of whether it is a benign or malignant tumor, since there is a steady growth of tumor and its malignant potential.

Keywords: Salivary glands; Parotid gland; Benign tumors; Malign tumors; Surgery.

INTRODUÇÃO

Os tumores das glândulas salivares são tumores pouco frequentes da cabeça e pescoço, correspondendo entre 3 a 5% dos tumores nesta localização^{1,3,4,5}.

A incidência entre géneros é idêntica (1,6:1), apesar de haver estudos que advogam a existência de um predomínio no sexo masculino^{1,2,4,5}.

Ocorrem mais frequentemente na idade adulta (em 95% dos casos), particularmente entre os 58 e os 70 anos⁶, alguns estudos sugerem que a incidência deste tipo de tumores antes dos 40 anos é inferior a 6%⁷. Contudo, apesar de raros em doentes jovens, quando ocorrem têm um maior potencial de malignização.

A maioria dos tumores das glândulas salivares localiza-se na parótida (80% dos casos), seguido da submaxilar (10-15%), e menos frequentemente nas glândulas sublingual e salivares minor. Cerca de 80% dos tumores da parótida e metade dos tumores da submaxilar são benignos^{8,9,10}.

Existe uma grande diversidade de tipos anatomo-

patológicos, estando descritos 9 formas de adenoma, sendo predominante o adenoma pleomórfico e o tumor de warthin; e 18 tipos de carcinoma, entre os quais predominam o adenocarcinoma, o carcinoma mucoepidermóide e o carcinoma adenóide quístico; existem igualmente tumores epiteliais, linfomas e tumores secundários^{11,12}.

A apresentação clínica varia em função do tipo de tumor e a sua localização na glândula, todavia, o tratamento é habitualmente cirúrgico, quer se trate dum tumor benigno ou maligno^{11,12}. No que diz respeito aos tumores parotídeos a cirurgia pode ser mais ou menos extensa, isto é, parotidectomia superficial ou parotidectomia total com conservação do nervo facial, sempre que possível. O objectivo deste trabalho é avaliar a casuística dos últimos 10 anos de parotidectomias no IPO, tipo de patologia mais frequente que motivou a intervenção cirúrgica, os exames complementares de diagnóstico, a terapêutica efectuada e o tipo de complicações ocorridas.

MATERIAL E MÉTODOS

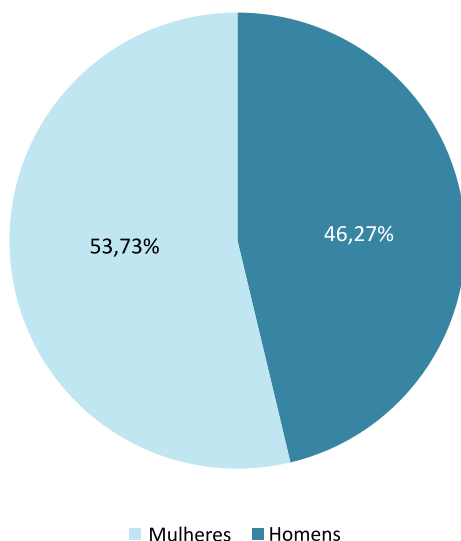
Realizou-se um estudo retrospectivo e descritivo no qual foram analisados um total de 153 processos, desde de 1 de Janeiro de 2001 a 31 de Dezembro de 2011, de doentes com patologia das glândulas salivares major. Desta amostra os doentes incluídos no estudo foram apenas os que apresentavam patologia da glândula parotídea (134 doentes).

Todos os doentes do estudo foram submetidos a cirurgia inicial, de acordo com a indicação cirúrgica: parotidectomia superficial, parotidectomia total (com ou sem preservação do nervo facial).

GRÁFICO 1

Distribuição dos Tumores da Parótida por Género

Distribuição dos Tumores da Parótida por Género



RESULTADOS

Na caracterização da série verificou-se que dos 134 doentes 72 (53,73%) eram mulheres e 62 (46,27%) eram homens (gráfico 1).

A média de idade dos doentes foi de 54,88 anos, variando de 12 a 83 anos.

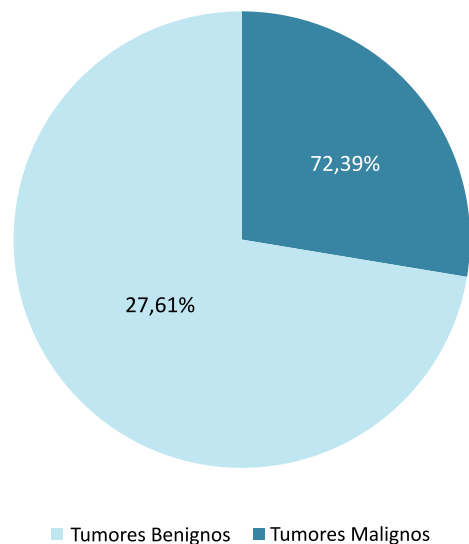
Em relação à glândula parótida a lateralidade do tumor (independentemente de se tratar dum tumor benigno ou maligno) foi mais frequente à esquerda (esquerda: 73 doentes; direita: 61 doentes).

Dos tumores da glândula parótida 97 (72,39%) eram benignos e 37 (27,61%) eram malignos (gráfico 2).

GRÁFICO 2

Distribuição dos Tumores Benignos e Malignos na Glândula Parótida

Distribuição dos Tumores Benignos e Malignos na Glândula Parótida



A média de idade de diagnóstico de tumores malignos foi de 57,88 anos e dos tumores benignos 50,02 anos.

Independentemente do tipo de tumor, o diagnóstico dos tumores salivares foi sempre feito com citologia de agulha fina, habitualmente associada a outros exames complementares de diagnóstico, nomeadamente Tomografia axial computadorizada (TC) e/ou ecografia. Esporadicamente foi realizada Ressonância Magnética (RNM).

Relativamente aos tumores malignos o seu tratamento dependeu da extensão do mesmo, isto é, sempre que possível tentou preservar-se o nervo facial. Contudo, aquando da invasão do nervo houve sacrifício do mesmo com anastomose com o nervo hipoglosso no mesmo tempo operatório. Os doentes com margens cirúrgicas livres de tumor e sem adenopatias patológicas não foram submetidos a tratamento adjuvante, todos os outros foram submetidos a Radioterapia. É de referir que nos tumores malignos em estadio III foi realizado esvaziamento ganglionar cervical concomitante,

habitualmente das áreas I a III ipsilaterais ao tumor (de acordo com o estadiamento do NCCN o estadio III compreende os tumores T3N0M0 e T1 a T3, N1M0).

As complicações no pós-operatório foram: paralisia facial, que já era esperada nos doentes cujo nervo facial foi sacrificado e Síndrome de Frey.

No tratamento dos diferentes subtipos tumorais foi realizada sempre parotidectomia e a extensão da ressecção (parotidectomia superficial vs total com ou sem preservação do nervo facial) teve em conta a localização do tumor, a sua histologia, a invasão do nervo facial e, no caso de se tratar duma neoplasia maligna, o seu estadio. Assim, foram realizadas 97 parotidectomias superficiais e 37 parotidectomias totais, 10 com preservação do nervo facial em 10 doentes (tabela 1).

TABELA 1

Tratamento dos Tumores Malignos e Recidiva

	EGC	Radioterapia Adjuvante	Recidiva
Tumores Malignos	15 d (40,54%)	23 d (62,16%)	15 d (40,54%)

Relativamente aos tumores malignos, 15 doentes foram submetidos esvaziamento ganglionar cervical, uma vez que se tratavam de tumores de alto grau e em estadio III e 23 fizeram tratamento adjuvante com radioterapia. Verificou-se recorrência ou metástase à distância em 15 doentes, sendo que na sua maioria ocorreram nos 2 anos após o diagnóstico inicial.

Relativamente às complicações imediatas da parotidectomia, de acordo com a literatura predominam os hematomas e as fístulas salivares, sendo a sua frequência estimada em 7% e 2%, respectivamente. Na nossa série registaram-se 2 hematomas pós-operatórios. Relativamente às recidivas tumorais verificou-se que estas ocorreram em 15 doentes (40,54%).

DISCUSSÃO

As neoplasias das glândulas salivares apesar de raras e de compreenderem uma grande variedade de subtipos histológicos manifestam-se clinicamente de forma semelhante. Porém, pela sua baixa prevalência, a primeira dificuldade do otorrinolaringologista pode ser o seu diagnóstico. Assim, é necessário estarmos atentos aos doentes com massas assintomáticas de crescimento lento, com localização anatómica correspondente às glândulas salivares.

Neste estudo verificámos que, tal como é sugerido na literatura, os tumores da parótida são pouco frequentes. Durante o período de tempo estudado (10 anos) houve apenas 134 doentes com este diagnóstico e destes 27,61% eram malignos (de acordo com a bibliografia consultada a incidência varia de 26 a 32%)^{12,13}.

No que diz respeito à frequência dos tumores benignos

e malignos, está de acordo com os dados consultados, sendo o adenoma pleomórfico o mais frequente dos tumores benignos (64,95%), seguido do Tumor de Warthin (22,68%) (tabela 2). Dos tumores malignos, o carcinoma mucoepidermóide foi o mais frequente (18,92%), seguido do carcinoma mioepitelial (16,21%) (tabela 3)^{6,7,12,13}.

TABELA 2

Tipos de Tumores Benignos

Tumores Benignos (97 d)	Tipo Histológico
63 d (64,95%)	Adenoma Pleomórfico
22 d (22,68%)	Tumor de Warthin
4 d (4,12%)	Mioepitelioma
4 d (4,12%)	Quisto do ducto salivar
2 d (2,06%)	Adenoma de células basais
1 d (1,03%)	Sialadenite crónica
1 d (1,03%)	Schwannoma

TABELA 3

Tipos de Tumores Malignos (d: doentes)

Tumores Malignos (37 d)	Tipo Histológico
7 d (18,92%)	Carcinoma Mucoepidermóide
6 d (16,21%)	Carcinoma Mioepitelial
5 d (13,51%)	Carcinoma ex-adenoma pleomórfico
4 d (10,81%)	Carcinoma de Células Acinares
4 d (10,81%)	Carcinoma Pavimentocelular
4 d (10,81%)	Linfomas
3 d (8,11%)	Carcinoma Adenóide Quístico
2 d (5,41%)	Adenocarcinoma
1 d (2,70%)	Carcinoma Basocelular
1 d (2,70%)	Metástase

Na nossa série os tumores apresentaram-se como massas assintomáticas de crescimento lento, sendo que o sintoma inicial foi a dor em 13,51% e a paralisia facial em 16,22% dos doentes com tumores malignos. Contudo, apesar destes dois últimos sintomas serem sugestivos de patologia maligna não são patognomónicos da mesma, uma vez que o estiramento nervoso ou a compressão nervosa podem ser a causa destes sintomas.

O método de diagnóstico de eleição na definição do tipo histológico dos tumores foi a Punção com Agulha Fina, tendo sido realizado em 88,81% dos doentes.

Aliado ao diagnóstico histológico foram realizados outros exames complementares, nomeadamente a TC (76,87% dos doentes) e/ou ecografia (29,10% dos doentes), raramente foi feita RNM. Estes exames são particularmente úteis na avaliação da extensão do tumor e na possibilidade de ressecção cirúrgica.

A complicação imediata mais frequente depois de uma parotidectomia é a parésia ou paralisia facial, temporária ou definitiva. A sua frequência varia nos estudos publicados. Na literatura anglosaxónica esta taxa é estimada em 26% para as paralisias ou parésias temporárias e em 2% para as paralisias ou parésias definitivas^{7,10}. Não obstante, a frequência destas complicações neurológicas variam em função do tipo de parotidectomia realizada. No nosso estudo ocorreu paralisia facial em 43 doentes, sendo que 29 recuperaram ou melhoraram após fisioterapia (tabela 4)^{5,8,13}.

Relativamente ao Síndrome de Frey, que se caracteriza por uma híper-hidrose posprandial no território cutâneo levantado durante a parotidectomia, a sua frequência é estimada em cerca de 12%^{8,9,10}. Ocorreu em 9 dos doentes com tumores benignos e em 5 com tumores malignos. A maioria recuperou, nos casos em que tal não sucedeu fez-se tratamento com toxina botulínica (tabela 4).

TABELA 4

Sequelas das parotidectomias

	Parésia Facial Imediata	Paralisia Facial Definitiva	Síndrome de Frey	Síndrome de Frey Persistente
Tumores Benignos	22 d (22,68%)	2 d (2,61%)	9 d (9,28%)	2 d (5,41%)
Tumores Malignos	21 d (56,76%)	12 d (32,43%)	5 d (13,51%)	2 d (5,41%)

Os tumores das glândulas salivares, ao contrário do que acontece com os restantes tumores da cabeça e pescoço, não têm factores etiológicos bem definidos. No entanto, sabe-se que existem alguns factores de risco: a radioterapia em baixas doses tem sido implicada na patogénese do adenoma pleomórfico, carcinoma pavimento-celular e carcinoma mucoepidermoide; o tabagismo tem implicação no aparecimento do tumor de Warthin bem como nos carcinomas da parótida e factores genéticos como o gene p53, MDM2 ou o VEGF foram identificados em níveis elevados em doentes com carcinomas ex-adenomas pleomórficos¹¹.

Os tumores malignos das glândulas parotídeas são pouco frequentes e muitas das vezes clinicamente indistinguíveis de tumores benignos, sendo necessária a realização de exames complementares de diagnóstico que permitam tomar a decisão mais acertada acerca tratamento inicial e adjuvante.

CONCLUSÃO

O tratamento dos tumores parotídeos é sempre cirúrgico, independentemente de se tratar dum tumor benigno ou maligno, uma vez que há um crescimento contínuo e potencial de malignização.

Verificamos na nossa série que a maioria dos tumores da glândula parótida são benignos e sabe-se que há

uma razão inversamente proporcional entre o tamanho da glândula salivar e a benignidade do tumor, ou seja, quanto maior a glândula maior a probabilidade de se tratar dum tumor benigno.

Neste trabalho de avaliação da casuística do Serviço de ORL do IPO de Lisboa verificamos que os dados obtidos são idênticos aos de outras séries publicadas. Existe uma prevalência dos tumores no sexo masculino e o tipo histológico de tumores malignos e benignos, bem como o seu tratamento e taxa de complicações são idênticos à literatura consultada.

Referências bibliográficas:

1. Spiro, J; Spiro, R. Cancer of the Parotid Gland: Role of 7th Nerve Preservation. *World Journal Surgery*. 2003;27:863-867.
2. Johnson, J T; Ferlito, A; Fagant, J J; Bradley, P J et al. Role of limited parotidectomy in management of pleomorphic adenoma. *The Journal of Laryngology and Otology* 2007, 121:1126–1128.
3. Roh, JI; Park, C. Function-Preserving Parotid Surgery for Benign tumors Involving the Deep Parotid Lobe. *Journal of Surgical Oncology*. 2008, 98:42-45.
4. O'Regan, B; Bharadwaj, G. Tumor Recurrence after Surgical Removal of Parotid Pleomorphic Salivary Adenoma using Retrograde facial nerve dissection technique. *The British Journal Oral Maxillofacial Surgery*. 2011: Aug 29.
5. Guntinas-Lichius; B, Gabriel; Klusmann, JP. Risk of facial palsy and severe Frey's syndrome after conservative parotidectomy for benign disease: analysis of 610 operations. *Acta otolaryngologica*. 2006. Oct126(10):1104-9.
6. Al-Naqeeb, NI; dashti, H; al-Muhanna, AH; Behbehani, A. Parotid gland tumours: a 15-year experience. *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh*. 1992 Apr;37(2):89-93.
7. Diaz, P; Castillo, R; Plata, M; Gias, L et al. Clinical results in the management of Frey's Syndrome with injections of Botulinum Toxin. *Medicina Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008; Apr 1; 13(4):E248-252.
8. Sharma, R; Sirohi. Proximal and distal facial nerve exploration during superficial parotidectomy. *Journal Maxillofacial Oral Surgery*. June 2010; 9 (2):150-154.
9. Rustemeyer, J; Eufinger, H; Bremerich, A. The incidence of Frey's Syndrome. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2008;36, 34 e 37.
10. Upton, D; Mcnamar, J; Connor, N; Harari, P et al. Parotidectomy: ten-year review of 237 cases at a single institution. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2007; 136, 788-792.
11. Gehanno, P; Guerrier, B; Pessey, J; Zanaret, M. Les tumeurs de la parotide. *Les Monographies du CCA Group*. 2003: n35.
12. Meyers, E; Ferris, R. *Salivary Glands Disorders*. Springer 2007.