

Superficial parotidectomy technical modifications based on tumour characteristics

Papadogeorgakis N, Skouteris CA, Mylonas AI, Angelopoulos AP. *J Cranio-Maxillofac Surg* 2004; 32: 350-53.

Los autores pretenden valorar con su estudio la validez de la parotidectomía parcial superficial y la enucleación tumoral, en pacientes diagnosticados de adenoma pleomorfo.

Registran los datos de 62 pacientes intervenidos de adenoma pleomorfo de glándula parótida desde Enero de 1995 a Diciembre de 1999. Emplean un estudio de carácter retrospectivo. El grupo de estudio incluye 38 hombres y 24 mujeres con una media de edad de 55 y 50 años respectivamente. El diagnóstico preoperatorio se estableció en todos los pacientes mediante ultrasonografía, punción-aspiración con aguja fina (PAAF), y tomografía computerizada (TC). En algunos casos realizan resonancia magnética (RM). La evidencia histológica de márgenes de seguridad (cápsula íntegra) se obtuvo en 59 de los 62 pacientes.

Técnicamente emplean un abordaje preauricular-submandibular. Emplean bisturí bipolar. En todos los casos localizan el tronco del nervio facial. Tan solo las ramas del nervio que se encuentran localizadas adyacentes al tumor son disecadas. Modifican la cirugía intraoperatoriamente, de acuerdo a la localización del tumor y su relación anatómica con las ramas. En tres casos el tumor se relacionaba con las ramas superiores, en 39 pacientes con las ramas inferiores, en 17 con ambas ramas, y en tres pacientes, las ramas revestían la pseudocápsula de la masa. En 17 casos realizan, en base a estos hallazgos parotidectomía superficial (PS), en 42 casos parotidectomía parcial superficial (PSP), y en tres, enucleación. Este procedimiento lo realizaron en los pacientes en los que las ramas estaban tapizando la pseudocápsula tumoral. Lo denominan como enucleación forzada.

En tres casos se produjo una pequeña rotura capsular. Cuando se daba esta circunstancia proceden a suturar la cápsula. Aspiran el material extravasado, y lavan profusamente al final con suero salino y solución de betadine. No aprecian evidencia de recidiva en ningún paciente en un periodo de seguimiento de 55 meses. Encuentran paresia temporal del nervio facial en 4 casos (23,5%) de los pacientes con parotidectomía superficial, y en tres (7%), de los de parotidectomía parcial (PSP). La recuperación fue total entre 3 y 12 meses postoperatoriamente. La incidencia de síndrome de Frey es también menor con la PSP, 3% frente a 18%. Encuentran un neurinoma en un paciente intervenido mediante PS.

Los autores abogan por la realización de PSP siempre que la localización tumoral lo permita.

Entiendo que este artículo pone de manifiesto aspectos contradictorios y que en algunos casos siguen sin tener una respuesta evidente. Considero que siempre que sea posible los

tumores parotídeos se debe estudiar desde el punto de vista radiológico mediante RM. Por otra parte, el abordaje con descarga submaxilar es evidentemente menos estético que el que se apoya en una descarga pretilosa, nosotros solo lo utilizamos excepcionalmente. No entiendo muy bien el concepto de enucleación forzada en un campo quirúrgico intacto, dado que siempre es posible disecar las ramas nerviosas aunque en algunos casos sea complejo. Finalmente, no está totalmente aclarado que las recidivas se produzcan en base a la rotura capsular únicamente, aspecto en el que inciden mucho los autores, y el periodo de seguimiento de sus pacientes, para descartar la aparición de recidivas me parece corto.

Role of angiogenic and non-angiogenic mechanisms in oral squamous cell carcinoma: correlation with histologic differentiation and tumour progression

Shieh YS, Lee HS, Shiah SG, Chu YW, WU CW, Chang LC. *J Oral Pathol Med* 2004; 33: 601-6

Los tumores requieren de un aporte sanguíneo para su crecimiento y diseminación, hay muchos trabajos en relación a como los tumores reclutan nuevos vasos sanguíneos. Parece que las células tumorales son capaces de secretar factores de crecimiento que favorecen la angiogénesis, esto se ha demostrado claramente en tumores como los de pulmón y próstata. Estudios más recientes indican que en adición a los mecanismos dependientes de la angiogénesis, existen otros mecanismos independientes de la misma, como el mimetismo vascular y lo que se denomina el mosaico de vasos sanguíneos. Mediante el mimetismo, algunas células adquieren funciones transendoteliales. Así, las células tumorales se comportan de una manera más independiente de la angiogénesis, y el tumor puede crecer y metastatizar por una vía alternativa. En los estudios de mosaico de vasos sanguíneos, existen células tumorales que aparecen integradas en la pared de los vasos, y no se pueden teñir por marcadores endoteliales, por tanto, algunos de los vasos que existen en el tejido tumoral, están como alineados por células tumorales, esto puede contribuir a explicar las relaciones controvertidas, entre la angiogénesis del tumor, y los parámetros clinicopatológicos. En el carcinoma epidermoide de cavidad oral (CECO), la angiogénesis se relaciona con las metástasis y la progresión tumoral, con lo que puede ayudar a conocer el pronóstico. Sin embargo, hay estudios que muestran que la angiogénesis no se relaciona con el tamaño tumoral, el grado de diferenciación, la invasión, metástasis, recurrencia y pronóstico de supervivencia. Estas diferencias pueden estar basadas en la distinta sensibilidad a marcadores endoteliales diferentes utilizados para detectar la angiogénesis, en la selección del área de peligro vascular, y de la presencia de mecanismos no angiogénicos. Los autores examinan tinciones histoquímicas del endo-

telio de los vasos con los siguientes marcadores: factor de Von willebrand (vWF), CD31 y CD34, y los mecanismos no angiogénicos, para valorar la correlación con los parámetros clínico-patológicos y clarificar el papel de los mecanismos angio y no angiogénicos.

Los autores incluyen en su estudio 12 muestras de mucosa normal, 28 muestras de epitelio displásico y 112 muestras de CECO de distintas localizaciones. Los criterios de displasia estaban definidos previamente. Los especímenes de los bloques de parafina se cortan en secciones de 5 μ . Emplean los siguientes anticuerpos para realizar el marcado inmunohistoquímico estándar, Ac monoclonal antihumano de ratón vWF, Ac monoclonales antihumanos de ratón CD 31 y CD 34, estos se emplean para localizar células endoteliales. El Ac monoclonal antihumano de ratón para citoqueratina se emplea para detectar células escamosas. Para determinar la densidad de microvasos (DMV), las secciones marcadas son analizadas en el microscopio a bajo poder ($\times 100$), con ello, identifican las áreas de mayor vascularización en el tejido tumoral. El conteo de los microvasos se realiza con una magnificación de $\times 400$, y el uso de una rejilla ocular. Además, los microvasos se cuentan a través de cada una de las secciones de tejido, en 10 campos de visión sistemáticamente seleccionados. Se contabiliza la densidad intratumoral, peritumoral y la del tejido adyacente, con objeto de establecer comparaciones. Para identificar los canales alineados de tumor, las secciones son marcadas doblemente, así se destacan las células tumorales y endoteliales. Los canales alineados de tumor se definen como vasos con células tumorales positivas, en evidente contacto con la luz como indica la ausencia de inmunoreactividad CD 34. Examinan la DMV en relación al tamaño del tumor primario, estadio clínico y grado de diferenciación.

Las células endoteliales vasculares se tiñen específicamente de rojo con vWF, CD 31 y CD 34. Con CD 34 se ven más células hematopoyéticas, algunas células inflamatorias también tienen cierta tinción con el Ac CD 31. En general, CD 31 y CD 34 detectan una mayor DMV peritumoral que vWF. La DMV

peritumoral en los 112 tumores analizados tenía un rango entre 8.0 y 29.0, 11.0 a 33.0, y 11.0 a 35.0 para vWF, CD 31 y CD34 respectivamente. La DMV peritumoral determinada con vWF, CD 31 y CD 34 no mostró correlación significativa con el tamaño tumoral, estadio o diferenciación histológica. De forma similar a la DMV peritumoral, la CD 31 y CD 34 revelaban mas DMV intratumoral que el VWF... Los vasos que se teñían solo con CD 31 y CD 34 solían ser pequeños. La determinación de DMV intratumoral no se mostró significativa en relación al estadio tumoral, tamaño del mismo ni diferenciación histológica La DMV tomada con CD 31 y Cd 34 si tenía una correlación significativa con el tamaño del tumor, y con el estadio. Los valores de DMV en la mucosa normal se aumentan claramente al estudiar las muestras displásicas. La DMV peritumoral determinada con CD 31 y CD 34 mostraba un aumento significativo en la vascularización, cuando aumenta la severidad de la enfermedad de normal a displásica. Para estudiar la vascularización de los tumores epidermoides orales, se muestra más efectivo el CD 34. La presencia de vasos alineados de tumor estaba significativamente relacionada con el tamaño del tumor, la diferenciación histológica y el estadio.

Los autores concluyen que tanto los mecanismos angiogénicos como no-angiogénicos son importantes para la progresión del CECO. Ambos mecanismos facilitan la progresión tumoral y las metástasis. Se requieren estudios posteriores para desentrañar los mecanismos moleculares y genéticos que rigen los fenómenos de crecimiento tumoral no angiogénico.

Posiblemente como cirujanos este tipo de trabajos despiertan poco interés, dado que no nos resuelven ninguno de los problemas con los que nos enfrentamos a diario. Pero no podemos olvidar, que el futuro del tratamiento oncológico camina con paso firme en esta dirección, Esta y no otra, es la razón por la que me parece adecuado hacer referencia a este tipo de artículos.

Manuel de Pedro Marina