

## ❖ TUMORES DE PARÓTIDAS RECIDIVADOS

El porcentaje de recidiva de los tumores benignos es alrededor del 2%. Es habitual que éstas se produzcan en forma de uno o múltiples nódulos pequeños. Si la motricidad del nervio facial no se halla comprometida, puede intentarse una nodulectomía única o múltiple para intentar preservar dicha función.

En los tumores malignos, la cifra es, sin duda, mucho más alta pero difícil de precisar por haber un sinnúmero de factores involucrados (tipo y grado histológico, estadio, tipo de cirugía y agregado o no de radioterapia adyuvante), y por no existir trabajos prospectivos y randomizados que permitan justipreciar qué valores relativos ocupan dentro del conjunto. Las cifras comunicadas en la literatura oscilan entre el 15 y el 80% (variables según los factores antes mencionados). Asimismo, los resultados de los rescates quirúrgicos de dichas recidivas son todavía más inciertos por los mismos motivos antes expuestos. En algunos pocos casos de recidivas pequeñas y de ubicación favorable de tumores de bajo grado, podrá intentarse una resección atípica o nodulectomía con margen. En las demás condiciones, casi siempre es necesaria una resección en conjunto que implica el sacrificio del nervio. En tal caso, es recomendable agotar todas las posibilidades de reconstruir el nervio, tal como se explicó previamente. En los pacientes con tumores avanzados inoperables, se puede intentar el tratamiento con la asociación de quimioterapia y radioterapia simultánea con

cisplatino a dosis de  $100 \text{ mg/m}^2$  cada 21 días por tres dosis. Este tratamiento ha dado resultados alentadores en pequeñas series con respuestas de hasta el 50%. De no ser posible, se debe optar por la radioterapia sola.

En cuanto al tratamiento de los tumores irreseccables y/o metastásicos no pasibles de radioterapia, pocas drogas han demostrado utilidad. Las mismas incluyen al cisplatino, doxorubicina, vinorelbine, paclitaxel y carboplatino. En algunos tumores como el mucoepidermoide, carcinoma ductal y adenocarcinoma, se puede testear la presencia del receptor androgénico, y si éste es positivo, se puede intentar un tratamiento con bloqueo androgénico completo.

Investigaciones actuales en el campo de la biología molecular han detectado mutaciones, rearrreglos y genes de fusión específicos de cada uno de los subtipos de tumores malignos, y el desarrollo de moléculas inhibitoras está en marcha. Como regla general, se les ofrece tratamiento sistémico a aquellos pacientes con tumores agresivos y de rápido crecimiento y/o sintomáticos. En el caso de los tumores indolentes con lenta evolución, se prefiere una conducta expectante y de control estricto.

