

## ARTÍCULO ORIGINAL

### **Parotidectomía. Experiencia de 1992-2013**

#### **Parotidectomy 1992-2013 experience**

Pedro Eladio Sánchez Rosell, Porfirio Pérez Galano, Pedro Eladio Sánchez Lafita, Manuel de Jesús Castro Toirac, Edilandry Correa Ruiz

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

---

### **RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo en 97 pacientes atendidos e intervenidos quirúrgicamente en la consulta de cirugía maxilofacial del Hospital General Docente "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja" en el municipio Baracoa, Guantánamo, con tumores de la glándula parótidas en el período de enero de 1992 a diciembre del 2013, con el objetivo de caracterizar el comportamiento clínico-quirúrgico de tumores de esta glándula. Para este estudio se tuvo en cuenta el grupo etario, sexo y color de la piel, localización anatómica; el procedimiento quirúrgico y las principales secuelas postoperatorias. Entre los resultados principales resaltó el predominio del grupo etario de 21-40 y el sexo masculino fue el más afectado, así como el color mestizo. Estuvo más afectada la glándula parótida derecha, la mayoría de los casos se abordaron con la incisión de S de Blair y la localización del nervio facial con el método directo o troncular.

**Palabra clave:** parótida; nervio facial; parotidectomía

---

## ABSTRACT

It was carried out a descriptive study of the 97 patients assisted in the consultation of maxillofacial surgery of the Educational General Hospital Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja, with tumors of the parotid gland in the period of January 1992 to December 2013, with the objective of knowing the clinical-surgical behavior of the treated affections. In this study it was taken into considerations according to the age, sex, color of the skin, anatomical localization; also, it was described the surgical procedure and the main postoperative sequels. Among the main results highlighted the predominance of the age group of 21-40 and the male sex was the most affected, as well as the mestizo color. The right parotid gland was more affected, the majority of cases were approached with Blair's S incision and the location of the facial nerve with the direct or truncal method.

**Keywords:** parotid; facial nerve; parotidectomy

---

## INTRODUCCIÓN

La parótida se encuentra ubicada en la región parotidea. Esta glándula junto a otros órganos está contenida en una excavación llamada celda parotidea, toma la misma forma primática triangular y es atravesada por numerosos vasos y nervios.<sup>1</sup>

Los tumores de las glándulas salivales son poco frecuentes, pues representan aproximadamente entre el 0,5 y el 1 % de todos los tumores, constituyen el 3 % de todas las neoplasias que afectan cabeza y cuello, siendo la intervención quirúrgica el método de elección para el tratamiento de las neoplasias de las glándulas salivales.<sup>2-4</sup>

En 1765 Lorenzo Heister reportó una parotidectomía sin consecuencias de la red vascular del nervio facial, con resultado funcional adverso. En 1825 Heyfelder hizo una parotidectomía sin lesión del nervio facial. En 1869, Codreano realizó la primera parotidectomía total con conservación del nervio facial. Desde principios del siglo XX y hasta la década de 40, el tratamiento sugerido fue la radioterapia dado que la recurrencia se presentaba entre el 35 y 50 %, sin embargo, los trabajos realizados por Braley 1941 y luego Hayes Martin 1952 aportaron técnicas operatorias que hicieron de la cirugía el modo más seguro de remover el tumor preservando la función del nervio facial.<sup>5</sup>

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica, a la que se añade radioterapia en el caso de los tumores malignos.<sup>6</sup> Sigue en discusión cual es la mejor técnica quirúrgica y con qué grado de extensión ha de realizarse, se estipula para el nódulo benigno en el lóbulo superficial la parotidectomía superficial; si se extiende a lóbulo profundo parotidectomía total y en caso de tumoración maligna parotidectomía total, independientemente de la localización.<sup>7,8</sup> Estas cirugías tienen complicaciones tales como la posibilidad de infección de la herida quirúrgica, lesión del nervio facial, síndrome de Frey y aparición de recidivas más a largo plazo.<sup>2,3,7,9</sup>

Es en la porción caudal del nervio facial, donde aparcan las ramas más determinantes y vulnerables de la cirugía de la parótida y por tanto de los aspectos fundamentales de la expresividad facial por lo que el tratamiento debe ser más cuidadoso y conservador, prestando especial atención al sistema venoso de la región.<sup>10</sup>

Para obtener un diagnóstico se debe de realizar, además de una correcta historia clínica, una prueba de imagen (ecografía, tomografía computerizada (TC) o resonancia magnética nuclear (RMN)) y la toma de una muestra citológica mediante punción aspiración con aguja fina (PAAF) (85-95 % de sensibilidad y 95-100 % de especificidad). El conjunto de datos que se deducen de estas pruebas permiten tomar una decisión terapéutica.<sup>7,11</sup>

En este municipio se han presentado numerosos casos de pacientes con lesiones en las glándulas parótidas. Ante esta problemática se realiza el presente estudio, con el objetivo de caracterizar el comportamiento clínico-quirúrgico de tumores de la glándula parótida, en el Hospital General Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja, en el departamento de cirugía maxilofacial en el período 1992- 2013.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo de casos afectados por lesiones en las glándulas parótidas de la consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital General Docente "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja" en el municipio Baracoa, Guantánamo, en el período de enero de 1992 a diciembre del 2013, con el objetivo de caracterizar el comportamiento clínico-quirúrgico de tumores de estas glándulas. Se selección como muestra 97 pacientes sometidos a cirugía por tumores.

Para este estudio se analizaron las variables: grupo etario, sexo y color de la piel, localización anatómica, procedimiento quirúrgico y principales secuelas postoperatorias.

Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de todos los pacientes con tumores de glándulas salivales diagnosticados en nuestro centro en el período entre 1992-2013.

Los resultados encontrados, fueron triangulados con los criterios de los propios autores, lo que permitió emitir conclusiones.

## RESULTADOS

El grupo etario predominante es de 21 a 40 años con 42 pacientes para un 43.3 % del total, seguido del de 41 a 60 con 32 (33.0 %), siendo el rango de edades de 8 a 81 años.

El sexo masculino con 71 pacientes para un 73.4 % fue el más afectado y el color de piel mestiza fue la más frecuente con 65 para un 67.0 % del total (Tabla 1).

**Tabla 1.** Pacientes según edad, sexo y color de la piel

Grupo etario	No.	%	Sexo				Color de la piel					
			M	%	F	%	B	%	N	%	M	%
0-20	3	3.1	1	1.4	2	2	2	2.1	-	-	1	1.4
21-40	42	43.3	37	38.1	5	5.1	3	3.1	6	6.2	43	44
41-60	32	33	21	21.6	11	11.3	12	12.4	7	7.2	13	13.4
61 y +	20	20.6	12	12.3	8	8.2	2	2.06	-	-	8	8.2
Total	97	100	71	73.4	26	26.6	19	19.6	13	13.4	65	67

**Fuente:** planilla de vaciamiento.

En la Tabla 2 se observó que la mayor cantidad de pacientes atendidos acudieron a consulta en los intervalos de 0 - 5 años (58.8 %) y de 6-10 años (27.8 %) para un tiempo de evolución relativamente corto, dándonos cuenta también que al aumentar el tiempo de evolución aumenta el tamaño de la lesión.

**Tabla 2.** Pacientes según tiempo de evolución y tamaño de la lesión

Tiempo de evolución	Tamaño de la lesión							
	No.	%	Hasta 1.9 cm		2 – 3 cm		+ 3 cm	
0- 5	57	58.8	14	14.4	43	44.3	-	-
6-10	27	27.8	7	7.2	20	20.6	-	-
11-15	9	9.3	2	2.1	7	7.2	-	-
16 +	4	4.1	-	-	1	1.1	3	3.1
Total	97	100	23	23.7	71	73.2	3	3.1

**Fuente:** planilla de vaciamiento.

En la Tabla 3 se muestra como fue la glándula parótida derecha la más afectada con 81 pacientes (83.5 %) casos y el lóbulo superior o superficial con 78, con un 80.4 % de frecuencia.

**Tabla 3.** Pacientes según afecciones tumorales de las glándulas parótidas y localización anatómica

Localización	No.	%	Lóbulo			
			Superior		Inferior	
			No.	%	No.	%
Parótida derecha	81	83.5	78	80.4	4	4.1
Parótida izquierda	16	16.5	15	15.4	1	1.1
Total	97	100	92	94.8	5	5.2

**Fuente:** planilla de vaciamiento.

La Tabla 4 refleja los tipos de incisiones utilizadas pudiendo ver que es la S de Blair con 67 casos, para un 69.1 %, seguida por la Y de Bailey con 21 (21.6 %) son las más utilizadas. Hemos empleado 3 de Hamilton-Bailey y 2 de Redón, Sistrunk y Appiani con 3.0 % 2.1 % según corresponden.

**Tabla 4.** Pacientes según tipo de incisión utilizada

Tipo de incisión	No.	%
Y de Bailey	21	21.6
S de Blair	67	69.1
Redón	2	2.1
Sistrunk	2	2.1
Appiani	2	2.1
Hamilton-Bailey	3	3.0
Total	97	100.0

**Fuente:** planilla de vaciamiento.

El método de realizar la localización del nervio facial (Tabla 5) más usado fue el directo o troncular en 91 pacientes (93.8 %) del total. El método indirecto o de Sistrunk en 6 (6.2 %).

**Tabla 5.** Pacientes según método de localización de nervio facial

Método	No.	%
Directo o troncular	91	93.8
Indirecto o Sistrunk	6	6.2
Total	97	100.0

**Fuente:** planilla de vaciamiento.

Se informa por el seguimiento a los pacientes que no se ha presentado recidiva tumoral, y que solo 2 han fallecido en todos estos años. Su defunción no estuvo relacionada ni con el tumor ni el proceder realizado.

## DISCUSIÓN

El grupo etario de 21 a 40 años con 42 pacientes para un 43.3 % del total es el que predomina coincidiendo con la literatura consultada<sup>8,12,13</sup> seguido del de 41 a 60 con 32 para un 33.0 %.

El sexo masculino con 71 pacientes (74.2 %) fue el más afectado coincidiendo con otros estudios.<sup>12-13</sup> El color de piel mestiza fue la más

frecuente con 65 (67.0 %) del total. Al referirnos al color de la piel no se encontraron datos en la bibliografía revisada.

La mayor cantidad de pacientes atendidos acudieron a consulta con un tiempo de evolución inferior a 10 años lo que facilita un mejor pronóstico por su corto periodo de evolución pues con el aumento del tiempo de evolución también aumenta el tamaño de lesión.

La glándula parótida derecha fue la más afectada coincidiendo con otros estudios<sup>6,7,14</sup>, a diferencia del lóbulo pues en la bibliografía revisada solo Gander<sup>15</sup> ubica la lesión en el lóbulo superior a diferencia de otros que lo ubican en el lóbulo superficial.<sup>7,3,14</sup>

El tipo de incisión más utilizada fue la S de Blair<sup>3,9</sup> seguida por la Y de Bailey aunque otros estudios prefieren la incisión vía *facelift* no tiene mayor tasa de complicación y tiene mejores resultados estéticos y menos síndrome de Frey que la incisión de Blair.<sup>4</sup>

El método de realizar la localización del nervio facial más usado fue el directo o troncular, lo que se corresponde con lo reportado en otros estudios<sup>9</sup>, los que además recomiendan el uso del neuroestimulador, por ser este el más adecuado y simple, dependiendo este del tamaño y localización del tumor.

## CONCLUSIONES

Predominó el grupo etario de 21-40 y el sexo masculino fue el más afectado, así como el color mestizo. Estuvo más afectada la glándula parótida derecha, la mayoría de los casos se abordaron con la incisión de S de Blair y la localización del nervio facial con el método directo o troncular.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana Álvarez J, Chávez García J, Álvarez Urbay MA, Trujillo López J, Castillo Toledo L. Cistoadenoma papilar bilateral. a propósito de un caso raro descrito por primera vez en nuestro medio. AMC [Internet]. 2006 [citado mar 2016]; 10 (1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2898/0>
2. Prats Golczer VE. Efectividad del tratamiento rehabilitador en pacientes con parálisis del nervio facial post-parotidectomía y su

- impacto en la calidad de vida [tesis]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2015. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=46375>
3. Velasco I, Salinas F, Águila L, Gallego A, Pastroján J, Fariña R, et.al. Consideraciones Anatómicas en la Parotidectomía: Revisión de la Literatura a Propósito de un Caso. Int J Morphol [Internet]. 2013 [citado mar 2016]; 31(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v31n1/art38.pdf>
  4. Yáñez R, Loyola FJ, Maíz C, Mariangel P, Cornejo J, Martínez R, et.al. Tratamiento quirúrgico de los tumores de parótida: experiencia de 10 años. Rev Chil Cir [Internet]. 2014 [citado mar 2016]; 66(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v66n3/art10.pdf>
  5. Odell M, Dorbon J. Parotidectomy in an outpatient setting the Vancouver Hospital experience. J Otolaryngol [Internet]. 2003 oct [citado mar 2016]; 32(5): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=f77237b1-7c84-4263-a46f-78511e47c482%40sessionmgr4007&vid=0&hid=4210&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=11847222&db=asx>
  6. Castro Carrión MC, Reyes Morales OL. Carcinoma de células acinares. Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Méd Carrionica [Internet]. 2016 [citado dic 2016]; 3(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://cuerpomedico.hdosdemayo.gob.pe/index.php/revistamedicacarrionica/article/view/112>
  7. González Paz T, Paulos Novoa M, Nehme Paz A, Álvarez Curro G, Rodríguez Acevedo N, González IA. Nuestra experiencia en cirugía parotídea tumoral. Acta Otorrinolaringol Gallega [Internet]. 2015 [citado jun 2016]; 8(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5158293>
  8. Cabané P, Gac P, Muñoz A, Fernández C. Carcinoma *in situ* ex adenoma pleomorfo en glándula parótida, descripción de un caso inusual. Rev Chil Cir [Internet]. Ago 2014 [citado sep 2016]; 66(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262014000400013](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000400013)
  9. Castañeira IA, Escapa Garrachón JM, JL Alonso Treceño. Tratamiento quirúrgico de la glándula parótida. Rev Soc Otorrinolaringol [Internet]. Nov 2015 [citado oct 2016]; 6 (Supl. 3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://gredos.usal.es/xmlui/bitstream/handle/10366/126634/revista\\_orl2015\\_supl3\\_parotida.pdf?sequence=1](http://gredos.usal.es/xmlui/bitstream/handle/10366/126634/revista_orl2015_supl3_parotida.pdf?sequence=1)

10. Hernández Altemir F, Hernández Montero S, Hernández Montero S, Hernández Montero E. Parotidectomía y vena facial. Rev Esp Cir Oral Maxilofac [Internet]. Sep-oct 2009 [citado oct 2016]; 31(5): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v31n5/especial.pdf>
11. Fernández Valverde F, García García B, Sánchez Frías M, Sanjuan A. Teratoma quístico maduro benigno parotídeo: una entidad extremadamente rara. Rev Esp Cir Oral Maxilofac [Internet]. 2016 [citado 22 May 2017]; 39(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130055816300302>
12. Sarmiento P, Perfetti W, Gubaira J, Verdecchia D, Fernández A, Scarton J. Alternativa en el tratamiento de complicaciones quirúrgicas por neurotomía del nervio facial en la parotidectomía. Rev Venez Oncol [Internet]. 2015 [citado 22 May 2017]; 27(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3756/375641629002.pdf>
13. Boza Mejías Y, Romero Rodríguez J, Pérez Abreus E, López Fernández R, AD Soler, Barrios T. Tumores de las glándulas salivales mayores. Estudio de una serie de Casos. Rev Finlay [Internet]. 2012 [citado 22 May 2017]; 2(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/download/124/1313>
14. Reyes Y, Álvarez I, Cabrera JL, Barroso W, Borges M, Ledea I V. Condroma de la glándula parótida. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2012 [citado 22 May 2017]; 49(4): 328-334 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v49n4/est09412.pdf>
15. Gander R, Guillén G, García Vaquero JA, Molino JA, Marhuenda C, Lloret J. Tumores de glándulas salivales en la infancia. Importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz. Cir Ped [Internet]. 2014 [citado 22 May 2017]; 27(2):57-61. Disponible en: [http://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2014\\_27-2\\_57-61.pdf](http://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2014_27-2_57-61.pdf)

**Recibido:** 18 de julio de 2017

**Aprobado:** 5 de octubre de 2017

**Dr. Pedro Eladio Sánchez Rosell.** Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja", Baracoa. Guantánamo. Cuba. **Email:** [sanchezrosell@infomed.sld.cu](mailto:sanchezrosell@infomed.sld.cu)