



Parotidectomy: revisión bibliográfica y análisis de nuestros resultados en los últimos seis años

RESUMEN

Antecedentes: los tumores parotídeos constituyen 90% de los tumores de las glándulas salivales; la mayor parte son benignos. El tratamiento de elección es la intervención quirúrgica, que incluye desde la parotidectomía parcial con tumorectomía o la parotidectomía superficial, hasta la parotidectomía total.

Objetivo: realizar una revisión bibliográfica de la parotidectomía y exponer nuestros resultados obtenidos durante los últimos seis años.

Pacientes y método: estudio estadístico, descriptivo, retrospectivo de 47 pacientes intervenidos de parotidectomía en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Punta de Europa, Algeciras, España, de 2007 a 2012. El estudio descriptivo fue de frecuencias y tablas de cruzadas entre distintas variables.

Resultados: se intervinieron a 47 pacientes de parotidectomía de 2007 a 2012 (68% hombres y 32% mujeres). En 66% de los casos el tumor afectaba la glándula parótida; en 61.7% de los casos el tumor se localizaba en la cola de la parótida. Se realizó punción por aspiración con aguja fina en 55% de los pacientes intervenidos, con resultados coincidentes con el estudio anatomo-patológico en 21.3%. Las complicaciones más frecuentes halladas en nuestro estudio fueron la parálisis facial temporal y el síndrome de Frey (23.4 y 10.6%, respectivamente); otras complicaciones, como seromas, hematomas y necrosis del colgajo ocurrieron con menor incidencia. En 53% de los pacientes no se registró ninguna complicación a corto plazo.

Conclusiones: con la incisión tipo ritidectomía (RAHI) hubo más casos de seromas que con la incisión clásica (67 vs 33%, respectivamente), pero menor incidencia de parálisis facial (18 vs 64%) y de síndrome de Frey (0 vs 100%).

Palabras clave: tumores parotídeos, parotidectomía.

María Irene Vázquez-Muñoz
Wasim Elhendi-Halawa
Antonio Caravaca-García
Rafael Ruiz-Fito
Diego Rodríguez-Contreras
Adolfo Ruiz-Mondejar

Especialista en Otorrinolaringología, Hospital Punta de Europa, Algeciras, España.

Recibido: octubre 2013

Aceptado: enero 2014

Correspondencia

Dra. María Irene Vázquez Muñoz
Servicio ORL, Hospital Punta de Europa
Cta. De Getares s/n
11207 Algeciras, Cádiz, España
irenilladecai@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Vázquez-Muñoz MI, Elhendi-Halawa W, Caravaca-García A, Ruiz-Fito R y col. Parotidectomy: revisión bibliográfica y análisis de nuestros resultados en los últimos seis años. An Orl Mex 2014;59:126-132.

Parotidectomy: Bibliographic Review and Analysis of Our Results in the Last Six Years

ABSTRACT

Background: Parotid tumors constitute 90% of salivary gland tumors, being mostly benign. The treatment of choice of these tumors is surgery, covering techniques such as partial tumor enucleation or superficial parotidectomy, to total parotidectomy.



Objective: To make a bibliographical review of parotidectomy and to communicate our results obtained during the last six years.

Patients and method: An statistic, descriptive, retrospective study of 47 patients submitted to parotidectomy at Otorhynolaryngology Service of Hospital Punta de Europa, Algeciras, España, was done from 2007 to 2012. The descriptive study was of frequencies and cross tables among several variables.

Results: Forty-seven patients were submitted to parotidectomy from 2007 to 2012 (68% men). In 66% of cases tumor affected left parotid gland; in 61.7% tumor was located at parotid tail. Fine needle aspiration puncture was made in 55% of patients, with results coincident to the anatomopathological study in 21.3%. The most frequent complications found in our study were temporary facial paralysis and Frey syndrome (23.4% and 10.6%, respectively); other complications such as seromas, hematomas and necrosis of flap were lesser frequent. In 53% of patients there were not short-term complications.

Conclusions: With retroauricular hairline incision there were more cases of seromas than with classical incision (67% vs 33%, respectively), but lower incidence of facial paralysis (18% vs 64%) and Frey's syndrome (0% vs 100%).

Key words: parotid tumors, parotidectomy.

Los tumores de las glándulas salivales son poco frecuentes, constituyen 3% de todos los tumores de cabeza y cuello, la glándula parótida es la afectada con más frecuencia (90.7% de los tumores de las glándulas salivales mayores).¹ La mayor parte son benignos (aproximadamente 80%), el principal tipo histológico es el adenoma pleomorfo.

El tratamiento quirúrgico inicial de las lesiones parótídeas era frustrante para el cirujano y el paciente. En 1765 Lorenzo Heister reportó una parotidectomy sin consideración de la red vascular ni del nervio facial, con resultados funcionales adversos. En 1825 Heyfelder realizó una parotidectomy sin lesión del nervio facial y en 1830 Velpeau sistematizó la búsqueda y conservación del nervio facial. Durante los primeros años del siglo XX y hasta el decenio de 1940, el tratamiento sugerido fue con radioterapia, pues ocurrían recurrencias en 35 a 50%; sin embargo, los trabajos de Barley (1941) y Hayes

Martin (1952) aportaron técnicas operatorias que hicieron de la cirugía el modo más seguro de eliminar el tumor conservando la función del nervio facial.²

En la actualidad, la resección quirúrgica es el tratamiento de elección de los tumores de la glándula parótida, la técnica varía desde la parotidectomy parcial con tumorectomía hasta la parotidectomy total. El lóbulo superficial contiene 80% del parénquima glandular, por lo que la parotidectomy superficial es la más utilizada para el tratamiento de los tumores parótídeos. En la actualidad, para cualquier cirujano de cabeza y cuello es esencial la conservación del nervio facial en la técnica de parotidectomy, sobre todo en el caso de tumores benignos. La técnica de parotidectomy avanza en la búsqueda de mejores resultados estéticos, con modificaciones de la incisión, como la incisión tipo ritidectomía modificada o la periauricular, y añadiendo nueva tecnología,

como la monitorización facial, para la correcta localización del nervio facial.

El objetivo de este estudio es realizar una revisión bibliográfica de la parotidectomía y exponer nuestros resultados obtenidos durante los últimos seis años.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio estadístico descriptivo retrospectivo de 47 casos de pacientes intervenidos de parotidectomía en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Punta de Europa, Algeciras, España, de 2007 a 2012.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes intervenidos de parotidectomía por cualquier indicación quirúrgica en el periodo citado. Para obtener los datos necesarios se revisaron las historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio y se confeccionó una hoja de recolección de datos donde se registraron las siguientes variables: sexo, edad del paciente al diagnóstico, antecedentes generales y antecedentes otorrinolaringológicos, síntoma de inicio, tiempo transcurrido hasta acudir al especialista, localización de la masa parotídea (derecha o izquierda), área afectada de la parótida, pruebas complementarias realizadas, anatomía patológica resultante, tamaño del tumor, tratamiento realizado (intervención quirúrgica y tratamiento coadyuvante), tiempo entre el diagnóstico y la operación, monitorización facial y, por último, complicaciones posoperatorias.

Se realizó un estudio descriptivo de frecuencias y tablas de cruzadas entre distintas variables mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

En nuestra área sanitaria, que abarca una población de aproximadamente 250,000 habitantes,

se intervinieron 47 pacientes de parotidectomía entre los años 2007 y 2012 (68% hombres y 32% mujeres). El grupo de edad más afectado fue de 51 a 70 años, con 42% de los casos, los límites de edad fueron 19 y 81 años.

En 66% de los casos el tumor afectaba la glándula parótida izquierda y en 34%, la derecha; en 61.7% de los casos el tumor se localizaba en la cola de la parótida.

En todos los pacientes estudiados el síntoma de inicio fue una masa parotídea asintomática, ningún paciente tuvo otros síntomas, como parálisis facial, dolor o afectación de estructuras vecinas. Aunque 59% de los pacientes acudió al especialista antes de un año de evolución, sólo 25.5% lo hizo antes de tres meses y 6.3% de los pacientes acudieron después de 10 años. La mayoría de los pacientes provenía de la consulta externa o de consultas periféricas (68%), el resto acudió derivado de otro hospital o como una interconsulta desde otro servicio del hospital.

En cuanto a las pruebas complementarias, se realizó ecografía en 36% de los pacientes, siempre previa a otro estudio complementario, como resonancia magnética nuclear o TAC. La primera se realizó en 91.4% de los pacientes y la segunda en 19.1%. Se realizó punción por aspiración con aguja fina en 55% de los pacientes intervenidos, con resultados coincidentes con el resultado anatomo-patológico en 21.3%.

El tamaño del tumor fue de 2.1 a 4 cm en 48.9% de los pacientes y de menos de 2 cm en 42.5%. Los resultados anatomo-patológicos más frecuentes obtenidos en esta serie se muestran en el Cuadro 1.

En nuestro servicio la técnica más utilizada para el tratamiento de los tumores de la glándula parótida es la parotidectomía superficial, realizada en 97.8% de los pacientes. Sólo se realizó una

**Cuadro 1.** Resultados anatomopatológicos

	Núm. de casos (%)
Adenoma	2 (4.2)
Adenoma pleomorfo	23 (48.9)
Tumor de Warthin	13 (27.6)
Carcinoma de células acinares	1 (2.1)
Carcinoma epidermoide	1 (2.1)
Linfoma	3 (6.3)
Otros	4 (8.5)

parotidectomía total en un paciente cuyo resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue de tumor mixto.

Se realizó incisión convencional en 76.6% de los pacientes. La incisión tipo RAHI (usada en 23.4%) se comenzó a usar en 2011, los casos operados con este tipo de incisión representaron 11 de 19 casos intervenidos en los años 2011 y 2012 (58%).

En todos los casos estudiados la parotidectomía se realizó bajo monitorización del nervio facial.

Las complicaciones más frecuentes halladas en nuestro estudio fueron la parálisis facial temporal y el síndrome de Frey (23.4 y 10.6%, respectivamente). Otras complicaciones, como seromas, hematomas, necrosis del colgajo, ocurrieron con menor incidencia. En 53% no se registró ninguna complicación a corto plazo.

No podemos ofrecer datos de recidivas ni evolución a largo plazo de los pacientes estudiados porque es una serie de corto seguimiento, el último año registrado fue 2012, por lo que no es valorable estadísticamente.

DISCUSIÓN

Los tumores parótídeos suelen aparecer como masa asintomática de lento crecimiento, 80% de los tumores suelen ser benignos; en nuestra

serie lo fue 80.8%. De acuerdo con otros estudios, los tipos anatomopatológicos benignos más frecuentes son el adenoma pleomorfo y el tumor de Warthin.³⁻⁷

En cuanto a los tumores malignos, según la bibliografía, los subtipos más frecuentes son el carcinoma mucoepidermoide y el adenocarcinoma; en nuestra serie fueron escasos, el linfoma fue el tipo más frecuente.

En todas las series revisadas los pacientes con afección maligna tienen una media de edad significativamente mayor que los pacientes con tumores benignos.⁴⁻⁷ En nuestra serie 60% de los tumores malignos y 42% de los benignos afectaron al grupo de edad de 51 a 70 años; 18% de los pacientes con tumores benignos tenían más de 70 años.

Los tumores benignos se manifiestan normalmente como una masa asintomática, de lento crecimiento, lo que hace que el intervalo entre la aparición del tumor y la consulta médica sea amplio. En nuestro estudio, de los 34 casos de tumores benignos parótídeos en los que pudimos analizar el tiempo hasta acudir al especialista, 20 pacientes acudieron en el primer año a las consultas de Otorrinolaringología; de ellos, ocho acudieron antes de tres meses.

En el caso de los tumores malignos, en ocasiones aparecen otros síntomas, como rápido crecimiento, dolor, fijación de la masa a estructuras adyacentes, que orientan al diagnóstico de malignidad y hacen que el paciente acuda antes a la consulta especializada, aunque en ocasiones se comportan clínicamente como benignos (81% de los pacientes con tumores malignos en el estudio de Bussu,⁵ 50% en el de Takahama Junior⁶), con diagnóstico anatomopatológico posterior de malignidad. En nuestro estudio todos los pacientes diagnosticados con tumor maligno acudieron antes del año de evolución y todos manifiestaron

clínicamente una masa parotídea asintomática, sin otros síntomas añadidos.

En cuanto al tratamiento, algunos autores defienden que no es necesario extirpar toda la porción superficial de la parótida en caso de tumores benignos, como el adenoma pleomorfo o el tumor de Warthin, porque las tasas de parálisis facial y recidivas son similares a las de otras series que muestran resultados de parotidectomía total superficial. Algunos investigadores establecen la tasa de parálisis facial transitoria y parálisis permanentes en 2.9-27% y 2.5%, respectivamente, en caso de parotidectomía parcial superficial vs 10.3-22% y 8%, respectivamente, en las parotidectomías totales superficiales.⁸ Sin embargo, otros autores defienden que la enucleación es inadecuada para el tratamiento de tumores parótídeos por el incremento del riesgo de lesión del nervio facial y de recidiva.⁵

En nuestros pacientes se realizó parotidectomía total superficial en casi todos (97.8%). Hasta el año 2011, todas se realizaban con incisión clásica de Blair. A partir del año 2011, en 58% de los casos intervenidos se realiza una incisión tipo ritidectomía (RAHI del inglés *retroauricular hairline incision*) asociada con colgajo SMAS (sistema músculo-aponeurótico superficial), con excelentes resultados estéticos. La incisión tipo ritidectomía se realizó en 36% en hombres. En cuanto a la edad, la mayoría de los pacientes a los que se realizó la vía de abordaje tipo RAHI estaban en el grupo de edad de 51 a 70 años (45.4%), 18.1% tenía menos de 30 años de edad, 27.2% tenía de 31 a 50 años y 9% tenía más de 70 años. Estos datos demuestran que es una técnica que puede usarse en pacientes de cualquier edad, no sólo en pacientes jóvenes. En cuanto a las complicaciones, encontramos mayor incidencia de seromas con el abordaje tipo RAHI que con la incisión clásica (67 vs 33%, respectivamente), pero menor incidencia de parálisis facial (18 vs 64%) y de síndrome de Frey (0 vs 100%).

Las revisiones bibliográficas realizadas muestran que la incisión tipo RAHI permite una amplia exposición de la glándula parótida sin mayor incremento del riesgo de lesión facial y con resultados estéticos superiores a los obtenidos con otro tipo de incisión.⁹ En nuestra experiencia, los resultados estéticos a corto plazo son muy satisfactorios y las complicaciones posoperatorias no difieren mucho de las reflejadas en los pacientes intervenidos con incisión clásica (Figuras 1 a 3).

Las complicaciones posquirúrgicas observadas con más frecuencia en la mayor parte de los estudios son las parálisis faciales transitorias^{3,4} y los sialoceles.⁵ En nuestro estudio la parálisis facial transitoria fue la complicación más frecuente (23%), seguida del síndrome de Frey (10.6%).

El síndrome de Frey se distingue por sudoración, enrojecimiento, sensación de calor y dolor en las regiones preauricular y temporal al momento de ingerir alimentos que producen un fuerte estímulo de la secreción salival. Se produce por lesión



Figura 1. Imagen intraoperatoria. Incisión tipo ritidectomía modificada. La incisión comienza a la altura del trago, extendiéndose de manera inferior y posterior al lóbulo de la oreja, siguiendo por la zona retroauricular hasta la línea de crecimiento del cabello, por la que desciende.



Figura 2. Imagen intraoperatoria de parotidectomía superficial. Obsérvese la accesibilidad a la glándula parótida que permite la incisión tipo ritidectomía.



Figura 3. Resultados estéticos de la incisión tipo ritidectomía.

del nervio auriculotemporal y regeneración aberrante de las fibras simpáticas y parasimpáticas. Por lo general, se produce por traumatismos parotídeos o cirugía sobre la glándula parótida o sobre la articulación temporomandibular. Puede afectar a 50-60% de los pacientes sometidos a parotidectomía.¹⁰ El síndrome ocurre entre unos días después de la afectación del nervio hasta años después; en la bibliografía se encuentra un promedio comprendido de 7 a 12 meses. Cerca de 5% de los pacientes manifiesta una regresión espontánea de los síntomas.¹⁰ La toxina botulínica ha demostrado ser segura, bien tolerada y efectiva para el tratamiento del síndrome.¹⁰ Algunos autores defienden la preservación y elevación de un colgajo del sistema músculo-aponeurótico superficial para la prevención del síndrome de Frey, con 69% de los pacientes a los que se realizó el colgajo del sistema músculo-aponeurótico superficial y no padecieron síndrome de Frey.¹¹

REFERENCIAS

1. Fontanel JP, Poitout F, Klossek JM. Tumeurs des glandes salivaires. Encycl Med Chir Oto-rhino-laryngologie 1995;10.
2. Salas Hurtado A, Postigo Díaz J, Sánchez E, Ingunza PP, Torres Vega F. Parotidectomy ambulatoria: experiencia en el Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas. Acta Cancerol 2006;34:22-24.
3. Heraldo M, Martín Fragueiro L, Eisenberg G, Echarry R y col. Tratamiento quirúrgico de los tumores de glándulas salivares. Acta Otorrinolaringol Esp 2009;60:340-345.
4. Granell J, Sánchez-Jara JJ, Gavilanes J, Velasco MJ y col. Manejo de la patología quirúrgica de la glándula parótida: revisión de 54 casos. Acta Otorrinolaringol Esp 2010;61:189-195.
5. Bussu F, Parrilla C, Rizzo D, Almadori G, et al. Clinical approach and treatment of benign and malignant parotid masses, personal experience. Acta Otorhinolaryngologica Italica 2011;31:135-143.
6. Takahama Junior A, Paes de Almida O, Kowalsky LP. Neoplasias de parótida: análise de 600 pacientes atendidos em uma única instituição. Braz J Otorhinolaringol 2009;75:497-501.
7. García-Roco Pérez O. Tumores de las glándulas salivares. Su comportamiento en 10 años de trabajo. Rev Cubana Estomatol 2003;40.

8. García Purriños FJ. Trece años de experiencia en parotidectomía parcial superficial como tratamiento de neoformaciones benignas parotídeas. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2011;62:10-13.
9. Lohuis PJ, Tan ML, Bonte K, van den Brekel MW, et al. Superficial parotidectomy via facelift incisión. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2009;118:276-280.
10. González JM, Contreras C, Restuccia G. Síndrome de Frey (revisión de literatura). *Acta Odontológica Venezolana* 2010;48.
11. Moreno García C, Serrano Gil H, Monje Gil F, Pérez Herrero C y col. Colgajo de SMAS en la prevención de síndrome de Frey. *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac* 2006;28:182-187.