

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MANAGUA-
NICARAGUA**



**TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN
CIRUGIA ORAL Y MAXILO FACIAL**

“Características Clínicas y Ocurrencia de Complicaciones en pacientes Sometidos a Parotidectomía Superficial por Enfermedad Benigna Parotídea, atendidos en el servicio de Cirugía Maxilo Facial del HERCG, de Enero del 2007 a Diciembre del 2011.

AUTOR: Dr. Fanor Oswaldo García Arbizú
Médico Residente de IV año
Cirugía Maxilo Facial HEDRCG.

TUTOR CIENTIFICO: Dr. Allen Carcache Sánchez
Cirujano Maxilo Facial HRCG

ASESOR METODOLOGICO: Dr. Steven Cuadra
MD., Msc, Lic Med., PhD
UNAN- MANAGUA.

Managua, Marzo 2012.

DEDICATORIA

A mi Madre Jilma por ser la mujer más generosa e incondicional a quien debo mi vida.

A mi esposa Claudia por su apoyo incondicional, por su fuerza y compañía en mí caminar. Sin ella este día no sería posible.

A mis hijos a quienes Amo infinitamente, a ellos que son mi fuerza e inspiración.

AGRADECIMIENTO

A Dios por estar muy presente en mi vida y regalarme la oportunidad de alcanzar este sueño.

A mi esposa e hijos por su paciencia, y dedicación.

A mi madre, por sus oraciones.

A mis Maestros, por su valiosa enseñanza. A cada uno de ellos mi agradecimiento eterno.

Al personal de estadística por su colaboración

A mis amigos por que sin su solidaridad, su amistad y compañía, este sueño no sería posible.

A nuestros pacientes, por permitirnos cuidarlos y aprender de ellos

Opinión del Tutor

En el presente estudio titulado “Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial por enfermedad benigna parotídea, atendidos en el servicio de cirugía Máxilo facial del HERCG, de Enero del 2007 a Diciembre del 2011.

Es importante reconocer que el servicio de Cirugía Máxilo Facial es el rector desde hace 30 años del manejo médico y quirúrgico de las patologías de las Glándulas salivales, por lo que considero de importancia investigar sobre las complicaciones en el abordaje quirúrgico ya que no tenemos estudios previos, esto nos permitirá conocer si las complicaciones más frecuentes presentadas en este servicio son correlacionadas con las que menciona la literatura y dar pautas para futuras investigaciones y que los datos puedan brindar información para la retroalimentación del servicio.

Dr. Allen Carcache
Cirujano Máxilo Facial
HERCG

Resumen:

El presente estudio Titulado "Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial por enfermedad benigna parotídea, atendidos en el servicio de cirugía máxilo facial del HERCG, de enero del 2007 a Diciembre del 2011.

Es un estudio serie caso de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal. Universo fueron todos los pacientes con patología de las glándulas salivales, que fueron operados en el hospital escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez por el servicio de Máxilo facial, en el periodo ya mencionado y que se le realizó abordaje quirúrgico parotidectomía superficial, según CIE-10.

La muestra está constituida por pacientes con neoplasia benignas de Glándula Parótida sometidos a Parotidectomía superficial en el periodo ya establecido

Se encontró que en el sexo hubo un ligero predominio del femenino con 21 casos que equivale al 53,84% En la escolaridad el grupo de primaria el más frecuente 56,41%. En ocupación el empleado público y ama de casa fueron los más frecuentes con el 33,3%, estado civil el grupo de casado con 16 equivalente a 41,02 % eran los más representativos, la procedencia predominó el grupo de urbano con 33 casos 84,61%

En relación a los Hallazgos clínicos del tumor se encontró más frecuentemente los móviles, en el 71.8% se identificaron en el transquirúrgicos el Nervio facial, lográndose disecar en el 76.9%, la incisión pre auricular con descarga cervical fue la más frecuente siendo el tamaño del tumor más grande de 8x6 cm, y el de mayor frecuencia el que media 3x2 cm. Siendo este el más pequeño

En el 41 % de los pacientes presentaron al menos una complicación, siendo la más frecuente la parálisis facial transitoria.

El diagnóstico pre quirúrgico por BAAF más frecuente fue el Adenoma Pleomorfo, siendo este mismo el más frecuente en el diagnóstico histopatológico definitivo.

Se presentaron mayor número de complicaciones cuando se operó el Adenoma

Pleomorfo.

INDICE

	PAGINAS.
I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACION.....	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
V. OBJETIVOS.....	11
VI. MARCO TEORICO.....	12
VII. DISEÑO METODOLOGICO.....	64
VIII. RESULTADOS.....	75
IX. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS CASOS.....	84
X. CONCLUSIONES.....	94
XI. RECOMENDACIONES.....	96
XII. BIBLIOGRAFIA.....	97
Anexos	

Introducción

Los tumores salivales se dividen en benignos y malignos. El 80% de todos los tumores salivales se dan en la parótida, y de estos el 80% son benignos, correspondiendo la mayoría a adenomas pleomorfos. El 20% de los tumores parotídeos, el 35% de los submaxilares y el 50% de los de las glándulas menores son malignos. El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales. Es algo más frecuente en el sexo femenino y se presenta sobretodo en la parótida. Se puede transformar en maligno en aproximadamente el 4% de los casos. Tumor de Warthin es exclusivo de la parótida y supone entre el 5 y el 15% de los tumores de dicha glándula. Es más frecuente en varones, y su edad de presentación más habitual es a partir de los 50 años. Se suele desarrollar a partir de la parte supra facial, muy a menudo en el polo inferior (1).

Los pacientes con tumores de la glándula parótida son sometidos a parotidectomía superficial o total mediante la incisión tradicional de Blair. Ésta se inicia en el pliegue pretragueal, desciende hasta el lóbulo de la oreja, a este nivel se delinea una pequeña curvatura retroauricular algo alejada de la línea de implantación del pabellón para luego tomar dirección anterior y descendente siguiendo la rama mandibular. Estudios sobre tratamientos quirúrgicos de tumores de parótida revelan que los abordajes más utilizados fueron: Parotidectomía parcial superficial, parotidectomía superficial, parotidectomía total, neurectomía, parotidectomía total con disección radical de cuello modificada y parotidectomía total con disección radical de cuello clásica (4-5-6).

Las complicaciones de la cirugía de la glándula parótida se pueden presentar transquirúrgicas y posquirúrgicas, y de éstas últimas pueden ser inmediatas y tardías, entre ellas tenemos hemorragias, hematoma-seroma, Sialocele, infección de sitio quirúrgico, depresión cicatricial, necrosis del colgajo, fistulas salival, anestesia auricular, parálisis facial transitoria, parálisis facial permanente, dolor y síndrome de Frey.

La parotidectomía superficial es una técnica con unas complicaciones y una tasa de recidivas comparables o menores que otras técnicas empleadas para el tratamiento de adenomas pleomorfos o tumores de Warthin parotídeos. En todos los procedimientos se presenta más frecuentemente la parálisis facial transitoria. (6-7)

El servicio de cirugía oral y Máxilo facial ha jugado un papel protagonista en el tratamiento quirúrgico de los tumores de glándulas salivales y en este estudio se desea encontrar las principales complicaciones presentadas en los pacientes que se le realizó el abordaje de parotidectomía superficial en el periodo que comprende el estudio y que el mismo sirva como punto de partida a nuevos estudios y describir la ocurrencia de complicaciones y poder comparar nuestros resultados con otros estudios realizados en otros países. Además no contamos con ningún estudio previo, lo que hace relevante nuestra investigación (7)

Este estudio se realizó en pacientes atendidos en el servicio de cirugía oral y máxilo facial del Hospital Roberto Calderón en el periodo 2007 al 2011. Se trata de un estudio de tipo serie de casos, retrospectivo, observacional, descriptivo, de corte transversal, cuya muestra fue definida de la siguiente manera: todos los pacientes que se les realizó parotidectomía superficial por enfermedad benigna parotídea en el HEDRCG en el periodo de estudio y que cumplen los criterios de selección establecidos.

Antecedentes.

Los autores C. Moreno García, H. Serrano Gil, F. y Cols. Realizaron un estudio retrospectivo con 81 pacientes a los que se realizó cirugía de la glándula parótida, en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Infanta Cristina de Badajoz, desde Octubre de 1997 hasta Febrero de 2005 en España. El propósito fue analizar la prevención del síndrome de Frey tras cirugía parotídea cuando se realiza un colgajo de sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS). En dicho estudio se encontraron como complicaciones más frecuentes la Neuropraxia del nervio facial en 28 casos, anestesia/parestesia auricular en 18 casos y síndrome de Frey en 13 casos. Las menos frecuentes fueron parálisis facial y dehiscencia de herida con 3 casos cada uno y la infección de herida cervical y Xerostomía con 1 caso cada uno (9). La técnica más comúnmente realizada en el estudio fue la parotidectomía superficial conservadora (68%). El grupo más numeroso lo formaron aquellos pacientes en los que se realizó colgajo de SMAS y no desarrollaron posteriormente síndrome de Frey con un total de 56 casos (69%). Se valoró el Colgajo de SMAS en la prevención del síndrome de Frey y los autores consideraron adecuada la realización de dicho colgajo en cirugía a nivel de glándula parótida, para disminuir la frecuencia de aparición del Síndrome de Frey (9)

Francisco J. García-Porriños y Cols. Realizaron un estudio en el que pretenden comprobar si la parotidectomía parcial superficial (PPS) es adecuada para el tratamiento de los tumores benignos de glándula parótida, el servicio de Otorrino, Hospital del Mar Menor, Murcia, España del 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre del 2005. Se estudiaron a 57 pacientes, 41 diagnosticados de adenoma pleomorfo y 16 de tumores de Warthin. En todos ellos realizamos PPS sin monitorización del nervio facial y obtuvieron los siguientes resultados: Parálisis facial transitoria 14 pacientes (24,5%). Diez se resolvieron antes del primer mes y cuatro antes del tercer mes.

Un paciente (1,7%) sufrió una dificultad definitiva para mantener alineado el hemilabio inferior en la movilidad forzada, sin alteración en la movilidad de la comisura. Ninguna recidiva tumoral (control entre 3 y 13 años).

Los autores Reza Nouraei SA, Ismail Y y Welch AR realizaron un estudio donde describen las complicaciones asociadas al tratamiento quirúrgico de la enfermedad parotídea benigna. El objetivo de los autores fue determinar la incidencia de complicaciones asociadas a la parotidectomía por EPB e identificar los factores de riesgo asociados a éstas (14). La investigación, de diseño retrospectivo, fue llevada a cabo en una institución de Newcastle, Reino Unido, e incluyó 162 pacientes sometidos a parotidectomía por EPB entre los años 1992 y 2001(14). Los diagnósticos histopatológicos más comunes incluyeron adenomas salivares polimórficos (42.6%), tumores de Warthin (29.6%) y sialoadenitis crónica (21.0%). Los procedimientos efectuados comprendieron parotidectomía superficial (n=134), parotidectomía total con resección del lóbulo superficial, disección de las ramas del nervio facial y resección del lóbulo profundo entre las mencionadas ramas (n=24) e intervenciones limitadas a los conductos (n=4). Después de la intervención, el 40.3% de los pacientes presentaron algún grado de disfunción del nervio facial. La incidencia de esta complicación fue mayor en los pacientes con diagnóstico histológico de sialoadenitis (58.8%). La sialoadenitis y la observación de histología múltiple en una misma glándula fueron factores de riesgo independientes de la aparición de parálisis posquirúrgica del nervio facial en general y de la disfunción de múltiples ramas en particular. A su vez, la ligadura del conducto parotídeo representó un factor de riesgo de disfunción de las ramas bucal y cigomática, mientras que la estimulación del nervio facial y el diagnóstico de tumor de Warthin fueron factores de riesgo asociados a la paresia de las ramas mandibular y cervical.

La recuperación de la función del nervio facial presentó una distribución bifásica; al respecto, el 90% de los pacientes presentaban función normal 1 año después de la intervención, mientras que la tasa de recuperación hacia el segundo año fue más lenta.

Las respectivas tasas de incidencia de síndrome de Frey, fístulas salivares, infección de la herida, hematomas, hipertrofia cicatrizal y neuroma fueron de 11.2%, 9.9%, 6.8%, 6.8%, 3.1% y 1.9%. La manifestación de dolor al momento de la presentación se asoció con mayor riesgo de síndrome de Frey; a su vez, la sialoadenitis aumentó el riesgo de formación de fístulas salivares, mientras que la ligadura del conducto parotídeo, la parotidectomía total y la edad > 60 años se asociaron con la aparición de infección de la herida.(14)

Se realizó un estudio descriptivo de 133 pacientes operados de las glándulas salivales mayores en un período de Junio 1985 a mayo 1990, en el Hospital Clínico quirúrgico de Villa Clara, Cuba; con el objetivo de conocer el comportamiento clínico y biológico de las afecciones tratadas quirúrgicamente. Se tienen en cuenta: incidencia en edades y sexos, hallazgos clínicos, diagnóstico histopatológico, tratamiento y principales secuelas posoperatorias. El tratamiento quirúrgico de elección en las afecciones parotídeas benignas (neoplásicas o no) fue la parotidectomía superficial. La enucleación se efectuó en 5 pacientes, todos con neoplasias benignas. Este método es utilizado usualmente por algunos autores, aunque generalmente se rechaza porque sus resultados no son satisfactorios. En las neoplasias malignas de parótida el tratamiento fundamental fue la parotidectomía total, y radical cuando el nervio facial estaba afectado. Entre las principales secuelas posoperatorias encontradas en los pacientes operados de parótida se encuentra la paresia del nervio facial, la cual apareció en 31(36,5%) pacientes de 86 posibles. Se excluyeron los casos en que el nervio fue sacrificado o seccionado accidentalmente, siendo ésta la complicación más frecuente, como se señala en la literatura médica. (11)

Los autores M. Estrada Sarmientos, I. Virelles y F. Fernández V. B realizaron un estudio retrospectivo con 31 pacientes, donde evalúan los resultados a largo plazo de la parotidectomía superficial para tumores mixtos. Dicho estudio fue realizado en el Hospital Provincial Docente Carlos Manuel de Céspedes, Granma, Cuba, desde 1979 hasta 1983. Obtuvieron los resultados siguientes: La paresia del nervio facial se presentó en el 32,2 % de la serie. La parótida derecha fue la más afectada con 25 pacientes (80,6 %). Las incisiones quirúrgicas fueron las de Blair en 19 pacientes (61,3 %). La complicación precoz más frecuente fue la paresia del nervio facial, que involucraba usualmente las ramas frontal y mandibular, esto ocurrió en el 30 y 60 % respectivamente. Un paciente (10 %) presentó una parálisis completa transitoria que persistió por 45 días. Un paciente mostró recidiva tumoral al 5to años. En la mayoría de las investigaciones realizadas sobre las afecciones tumorales de las glándulas parotídeas, la derecha es la más afectada. La rama mandibular fue la más afectada, y se plantea que es a causa de la pobre anastomosis de esa región. (12)

Los autores Alfonso Aguirre M, M. Loreto Vent cols. realizaron un estudio donde revisaron 15 años e identificaron 60 casos por tumores parotídeos benignos y malignos en el Servicio de Cirugía del Hospital "Eduardo Pereira". Chile. Entre los tumores benignos 34 correspondieron a adenomas pleomorfos, 7 a tumores de Warthin y 11 a una variedad de distintas lesiones de menor frecuencia. Ocho pacientes presentaron cánceres. La operación de preferencia para el tumor mixto fue la parotidectomía supra facial total efectuada en 20 pacientes. En otros 11 se efectuaron parotidectomías suprafaciales parciales y en 3 nodulectomías. En 2 pacientes con cáncer de bajo grado se efectuaron parotidectomías suprafaciales totales y en otros 6 se efectuaron parotidectomías totales que se asociaron a disecciones radicales de cuello en

4. Las complicaciones postquirúrgicas principales fueron las parálisis faciales transitorias (11,6%), las parálisis faciales parciales definitivas (5%) y las parálisis faciales totales definitivas (6,6%) en casos de cánceres extensos y sacrificio deliberado del nervio. El Síndrome de Frey se presentó en el 5% de los casos, Seroma en 3 casos (5%). No se ha comprobado recidiva en los tumores benignos por plazos de observación de hasta 7 años (13).

Las complicaciones de la cirugía de los tumores benignos y malignos estuvieron principalmente relacionadas con distintos grados de compromiso del nervio facial. Siete parálisis faciales transitorias (PFT) ocurrieron en parotidectomías suprafaciales totales en tumores benignos. Tres parálisis faciales parciales definitivas (PFPD) ocurrieron en un cáncer mucoepidermoide(13)

En Nicaragua:

Se realizó una búsqueda en los centros de documentación y bibliotecas de las Facultades de Ciencias Médicas de la UNAN Managua y UNAN León, y en la base de datos del Ministerio de Salud de Nicaragua, y no se encontraron estudios o tesis monográficas que hicieran referencias a las complicaciones del abordaje quirúrgico de parotidectomía superficial. También se realizó una búsqueda usando las bases electrónicas en la red, de Google Scholar (académico), PubMed / Medline, y The Cohcrene library, entre otros, y tampoco se encontró ninguna publicación nicaragüense.

Justificación

La problemática mundial real en relación a los abordajes quirúrgicos de la glándula parótida está basada en los siguientes objetivos:

1. Resección local amplia del tumor con margen de seguridad de más de 5mm.
2. Identificación y preservación del nervio facial con sus ramas.
3. Prevenir la recurrencia
4. Incisión lo más estética posible, evitando cicatriz defectuosa.

Es importante realizar la cirugía de la parótida debido a la presencia de una serie de molestias e incapacidad funcional, con ella es de esperar la desaparición parcial o total de la sintomatología que presentaba el paciente y una mejoría de la calidad de vida en casos de tumores malignos. De no realizarse la cirugía es muy probable que el paciente continúe con la misma sintomatología o empeore debido a un agravamiento de la misma o a una degeneración ulterior de la patología maligna.(15)

El manejo de los tumores benignos de parótida no ha cambiado sustancialmente en los últimos tiempos. Esencialmente si se pretende evitar la recurrencia local, se requiere de la escisión completa del tumor, con un margen razonablemente negativo de tejido glandular normal. La preservación de las estructuras nerviosas que anatómicamente acompañan a estas glándulas debe ser una conducta sistemática.

Por lo tanto es importante conocer como ha sido la experiencia de los casos atendidos en nuestro hospital y conocer el comportamiento de las complicaciones, lo que permitirá identificar potenciales áreas de intervención y mejora. Esperamos que la información brindada por esta tesis sea insumo valiosa para las autoridades del servicio de cirugía Máxilo facial y las autoridades hospitalaria.

Planteamiento del Problema

¿Cuáles son las características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial por enfermedad benigna parotídea, atendidos en el servicio de cirugía máxilo facial del HERCG, de Enero del 2007 a Diciembre del 2011?

OBJETIVOS:

Objetivo general

Conocer cuáles son las características clínicas relevantes y cuál es la ocurrencia de complicaciones y potenciales factores asociados en pacientes sometidos a parotidectomía superficial por enfermedad benigna parotídea, atendidos en el servicio de cirugía Máxilo facial del HERCG, de enero del 2007 a Diciembre del 2011

Objetivos específicos:

1. Describir la frecuencia y tipo de complicaciones que aparecieron en pacientes sometidos a parotidectomía superficial por enfermedad benigna parotídea, en estudio.
2. Identificar qué características generales relevantes de los pacientes en estudio se asocian a la ocurrencia de complicaciones trans y postquirúrgica.
3. Determinar que antecedentes personales patológicos y no patológicos se asocian a la ocurrencia de complicaciones trans y postquirúrgica en los pacientes en estudio.
4. Identificar que hallazgos clínicos pre quirúrgico, hallazgos transquirúrgicos y tiempos claves durante el abordaje quirúrgico, se asocian a la ocurrencia de complicaciones trans y postquirúrgica en los pacientes en estudio.
5. Determinar qué tipo de diagnóstico histopatológico del tumor benigno de parótida se asocian a la ocurrencia de complicaciones trans y postquirúrgica en los pacientes en estudio.

Marco teórico:

Generalidades de las glándulas salivales.

Las glándulas salivales en los mamíferos son glándulas exocrinas que producen la saliva, la cual es un líquido colorado de consistencia acuosa o mucosa, se produce 1,5 litro al día aproximadamente, es una solución de proteínas, glicoproteínas, hidratos de carbono y electrolitos y contiene células epiteliales descamadas y leucocitos. Las glándulas salivales grandes están representadas por 3 glándulas pares: las glándulas sublinguales: ubicadas en el tejido conectivo de la cavidad oral, glándulas parótidas y sub mandibular ubicadas por fuera de la cavidad oral. (24)

Embriología de las glándulas salivales.

Todas las glándulas salivales, tanto las mayores como las menores, son similares en su origen teniendo desarrollo embriológico que comienza de forma similar para ellas: el crecimiento interno del epitelio oral en el mesénquima subyacente. Las glándulas salivales mayores, entre ellas la parótida, son consideradas como derivadas del ectodermo del estomodeo (27)

En el caso de la glándula parótida, este esbozo ectodérmico se inicia a la sexta semana como un crecimiento interno epitelial en la superficie interna de ambas mejillas. El lugar de origen de este esbozo se halla cercano a la zona anatómica en la cual el ectodermo y el endodermo se continúan sin ninguna línea de demarcación, una vez que ocurre la ruptura de la placa oral (27)

En los embriones de 8 semanas es reconocible de manera clara este crecimiento ectodérmico que se extiende por el mesénquima subyacente.

Progresar de manera rápida en longitud, y se dirige hacia la región auricular, y cuando llega a la vecindad de la rama vertical de la mandíbula, el conducto principal empieza a ramificarse sin limitaciones en los cordones celulares primarios que han de formar las divisiones del conducto excretor y sus alvéolos terminales.

En este proceso histogénico, la masa celular primordial destinada a dar origen a la porción epitelial (parénquima glandular) se forma por una rápida proliferación de células en la capa profunda del epitelio. La masa celular resultante, presiona al comienzo, en el parénquima subyacente como un sólido cordón epitelial. Luego, cuando el extremo distal del mismo llega al punto donde se formará la porción secretora de la glándula, se divide de manera repetida para dar origen a los acinos con sus respectivos conductos secretores (27)

El extremo distal de cada división presenta un ensanchamiento semejante a un botón, formado por células dispuestas en forma radial. El ahuecamiento del sistema de cordones epiteliales, mediante el reordenamiento de las células constituye el sistema de conductos secretores definitivos de la glándula. Al mismo tiempo los grupos celulares terminales se organizan con orden para formar las unidades de secreción constituyendo los acinos definitivos. (27)

El almacén de tejido conjuntivo llamado estroma, que sostiene el parénquima glandular, nace en el mesénquima que rodea a los esbozos epiteliales que llegan desde el endodermo del estomodeo. En la medida que cada uno de los troncos principales se desarrolla, los pequeños conductos ramificados y los acinos secretores forman los grupos funcionales glandulares, en tanto que el mesénquima situado entre estas áreas, se convierte en tejido conjuntivo formando tabiques que dividen la glándula en lóbulos.(27)

No obstante, el tejido mesenquimático restante del proceso anterior se concreta alrededor de la masa total de la glándula que crece, y se expande, entre la oreja y la mejilla.(27)

En la zona periférica, las células mesenquimatosas densamente agrupadas, se diferencian y constituyen el tejido conectivo laminar, que en forma del envoltura fibrosa, rodea la glándula formando la cápsula parotídeo (27)

El nervio facial es un elemento muy importante, que durante el desarrollo embriológico se relaciona rápidamente con la glándula parótida, estableciendo un vínculo estrecho e íntimo que marcará de manera definitiva la cirugía de la glándula parótida (27)

En primer lugar, las fibras sensoriales de éste nervio pasan por la cuerda del tímpano a la lingual, rama mandibular del V par, y en un embrión de 5 semanas puede detectarse la disposición mencionada. A las 11 semanas es más notoria esta distribución, las fibras motoras del VII par se originan en el núcleo facial situado en la placa basal del mielencéfalo. (27)

Más adelante en el desarrollo, el núcleo del facial emigra en dirección ventro lateral, haciendo que sus fibras sigan un trayecto curvado conocido como rodilla del facial (27)

En esta migración los cuerpos celulares han llegado a ocupar posiciones más íntimas con la fuente de la cual reciben los impulsos. Este proceso recibe el nombre de neurobiotaxis (27)

Las fibras nerviosas que nacen del núcleo del facial inervan sobre todo los músculos de la expresión facial; éstos pertenecen al grupo muscular bronquimérico y las fibras nerviosas serán eferentes viscerales y generales como también motoras (27)

En la región lateral y ventral de los arcos branquiales, se sitúan conglomerados mesodérmicos que dan origen a los músculos que se distribuirán por diferentes sectores de la cara y el cuello. Así, los músculos de la expresión facial, o sea, de la mímica, se desarrollan a partir de la región del arco hioideo (27).

Los músculos que controlan los movimientos de la nariz y los labios provienen en gran parte del sub agrupamiento y reordenación de las capas maculares primitivas profundas de la región del arco hioideo. (27)

Por lo tanto, los músculos faciales emigran durante el desarrollo en una extensión mayor que el resto de la musculatura cefálica. En su desplazamiento transportan consigo ramas del séptimo par y de la arteria carótida externa, que en un principio proporciona la inervación y vascularización del arco hioideo.(27)

El desplazamiento músculo-neural antes mencionado, consigue desplazar las ramas del nervio facial que se extienden desde la región auricular hacia la mejilla atravesando la glándula parótida que las envuelve “alojándolas” en un “estuche” glandular medial o central. Este hecho contribuyen a establecer los denominados lóbulos superficiales y profundos separados por las ramas nerviosas (27)

El esbozo del primordium parotídeo crece dorsalmente y se localiza lateral al músculo masetero en el comienzo de la 8va semana. A partir de éste momento, numerosos fascículos nerviosos cruzan la cara superficial del esbozo parotídeo, pero, al final de la 8va semana, la glándula se divide en ductos de segundo y tercer orden que entran al espacio pre auricular, pero superficial a las ramas bucal, marginal mandibular y cervical propiamente dicha. (27)

Al fin de la 10ma semana se forman los ductos de cuarto orden, y las ramas pertenecientes al brazo témporo facial pasan por encima de los mismos, mientras que los del cérvico-facial se extienden por debajo. El desarrollo de la glándula parótida a las 12 semanas es muy complejo, con crecimiento de ductos y tejido glandular entre muchos fascículos nerviosos uniendo las porciones superficiales y profundas de la parótida. Los nervios se relacionan con las masas musculares en el mismo momento que éstas se comienzan a formar y las abordan por la cara profunda (27).

Durante la 7ma y 8va semana de gestación, los mioblastos se extienden desde la parte superficial del segundo arco faríngeo hacia las regiones temporal, occipital, cervical y mandibular. Al final de las 12 semanas todos los grupos musculares pueden ser identificados en sus posiciones definitivas. Aquellos en las regiones cervicales, mandibulares y occipitales, se diferencian más temprano que los de la frente y medio facial (27)

Glándula Parótida:

Es una glándula tubuloacinososa que es sólo serosa, en el ser humano es la de mayor tamaño, está rodeada por una gruesa cápsula de tejido conectivo desde donde parten tabiques de tejido conectivo hacia el interior de la glándula.(24)

La saliva ablanda los alimentos, lo que ayuda a masticarlos y tragarlos. Ayuda a digerir la comida. También limpia la boca y contiene anticuerpos que pueden matar gérmenes (24)

Se describe la glándula parótida con un peso de 25 a 30 gramos, el volumen depende de varios factores sobre todo de la alimentación, del consumo de bebidas alcohólicas, de alteraciones metabólicas como la diabetes y del tipo de estructura corporal de cada persona. (25)

Límites Anatómicos Glándula Parótida. (Jorge O. Guerrissi).

Cara posterior o superficie interna: En contacto con estructuras aponeuróticas a través de la aponeurosis parotídea (25)

De afuera adentro y de abajo hacia arriba: Vientre posterior del digástrico, el estilohioideo, el estiloso y el estilofaríngeo (Ramillete de Riolo)

Borde posterior: corresponde al borde anterior del esternocleidomastoideo. (25)

Borde anterior se extiende: Se extiende sobre la cara anterior del masetero, importante porque emergen haciéndose superficiales ramas secundarias del facial.

Desde el borde anterior nace la prolongación maseterina de la parótida que puede llegar hasta la mejilla.

Polo superior: Arcada zigomática, articulación temporomandibular y conducto auditivo externo

Polo inferior: Descansa sobre el tabique fibroso que lo separa de la glándula submaxilar

Aponeurosis superficial está adherida a la superficie glandular y no inmoviliza a la parótida en su celda. (Móviles) (25)

Borde anterior estrecha relación con la rama ascendente mandibular en el centro, masetero por delante, músculos pterigoideos por dentro.

Arteria carótida externa: Pasa entre estilo glosa y estilo hioideo, hace contacto íntimo con la glándula. Llega al cuello del cóndilo

En los 2/3 superiores de la glándula emite arteria auricular posterior (Oreja) y da origen arteria estilomastoidea (Irriga tronco del nervio facial).

Siempre cara anterior o superior del tronco del nervio Facial, se halla 1 ó 2 arterias de 2 a 3mm que se extienden transversal desde la parótida hasta conducto auditivo óseo. (25)

Anatomía del Nervio Facial (Sinelnikov Tomo III Página 144):

Este nervio es mixto y está representado por el facial propiamente dicho que es su raíz motora y por el intermediario de Wrisberg, que es su raíz sensitiva.

En el interior de la fosa parótida el tronco del facial que mide entre 1 y 1,8 mm de longitud tiene un trayecto extra glandular antes de dividirse en sus dos ramas primarias: la tèmpero facial y cèrvico facial.

El tronco cruza la cara externa de la apófisis estiloides y corresponde al triangulo limitado por el vientre posterior del digástrico, el borde posterior de la parótida y la base del cráneo. Sigue una línea entre el meato acústico externo y el ángulo de la mandíbula y entra en la parótida.

El facial atraviesa casi de modo horizontal la parótida a 2 cm por debajo del arco cigomático, dirigiéndose en sentido oblicuo de atrás hacia adelante, de adentro hacia afuera, y un poco de arriba hacia abajo. Es muy importante recordar que el trayecto intra glandular se hace más superficial, y se acerca a la superficie externa de la glándula a medida que avanza hacia a la periferia de la glándula en su borde interior.

En el interior de la glándula se produce la división de las ramas primaria: Una superior, la tèmpero facial y otra inferior, la cèrvico facial.

La rama tèmpero facial es la más grande y voluminosa, se dirige hacia arriba y adelante y al llegar a nivel del cuello del cóndilo de la mandíbula se divide en varios troncos secundarios, que por lo general se anastomosan entre si constituyendo verdaderos plexos y a través de estos nacen las ramas terminales superior.(27)

Los ramos que se divide el nervio facial:

- 1- Ramos temporales que parten en número de tres, posterior, medio y anterior e inervan a los músculos auriculares superiores, auriculares anteriores, frontales, orbiculares del ojo, corrugador de la ceja, y otros.
- 2- Ramos cigomáticos que en número de dos y a veces tres se dirigen adelante y arriba, llegando a los músculos cigomático y orbicular del ojo.

- 3- Ramos bucales que representan tres o cuatro tronquitos bastantes potentes, parten del tronco principal superior del nervio facial y emiten sus ramitos para los músculos siguientes: el musculo cigomático mayor y el musculo risorio, el musculo bucal, los musculo elevador y depresor de los labios superior e inferior, los musculo elevador y depresor del ángulo de la boca, el musculo orbicular de la boca y el musculo nasal.
- 4- El ramo marginal mandibular o ramo cutáneo de la mandíbula, que se dirige hacia adelante, pasa a lo largo del borde de la mandíbula e inerva el musculo depresor del labio inferior y el musculo mental.
- 5- El ramo del cuello, con frecuencia en número de dos o tres tronquito que van por detrás del ángulo de la mandíbula, llega al platisma y lo inerva, emite varios ramitos que se une con el ramo superior (sensitivo) del plexo cervical (28)

Epidemiología de los tumores de la glándula parótida (Jorge O. Guerrissi).

La bibliografía consultada revela un leve predominio en el sexo masculino en forma global. Sin embargo, las lesiones benignas son más frecuentes en mujeres. La mayor incidencia por razas se da entre malayos y esquimales (26)

Mientras los tumores benignos son más frecuentes en la 4ta década, los malignos se manifiestan principalmente en la 5ta y 6ta décadas (26).

En la infancia son muy infrecuentes, representando menos del 5% de la totalidad de tumores en menores de 15 años, siendo la mayoría benignos. (26)

Histológicamente el tumor benigno más frecuente es al Adenoma Pleomorfo (Tumor Mixto), mientras que de los malignos es el Carcinoma mucoepidermoide. (26)

Factores de riesgos.

Todo lo que aumente el riesgo de contraer una enfermedad se llama factores de riesgo. Tener un factor de riesgo no significa que se va a contraer cáncer; no tener factores de riesgo no significa que no se va a contraer cáncer. A pesar de que no se conocen las causas de la mayoría de los cánceres de la glándula salival, entre los factores de riesgo figuran los siguientes:

- Edad avanzada.
- Tratamiento con radioterapia dirigida a la cabeza y el cuello.
- Exposición a ciertas sustancias en el lugar de trabajo(23)

Etiología.

La etiología es multifactorial, las radiaciones externas pueden constituir un factor predisponente, las dietas ricas en grasas, de igual manera se considera que puede tener una etiología vírica de tipo ARN ((26).

Patología de las Glándulas salivales:

Oncocitoma.

El Oncocitoma o Adenoma oxifílico, una rara lesión originada en tejido glandular salival, predomina en la glándula parótida. Como su nombre implica, esta afección se compone de elementos celulares denominados oncocitos (células acidófilas granulares grandes) que suelen encontrarse en los conductos intralobulares de las glándulas salivales e incrementar su número con la edad. Los oncocitos se identifican en las glándulas mucosas del conducto aerodigestivo y también en las glándulas salivales menores y mayores de las regiones bucal y peribucal. Se cree que el origen histogenético de ésta anomalía es el epitelio del conducto salival, en particular el conducto estriado.

Características clínicas:

El Oncocitoma afecta a ambos sexos, tiende a ser predominante en femeninos, su mayor frecuencia frecuente mayores de 5º años, se localiza fundamentalmente en las glándulas parótidas, donde constituye el 1% de las neoplasias de este órgano, tiende a ser anomalía sólida, redondeada u ovoide, bien circunscrita, encapsulada, consistencia firme, móvil, tamaño limitado menor de 5cm de diámetro cuando aparece en las glándulas salivales mayores. Rara vez se presenta en la boca y en algunos casos es bilateral.

Anatomía patológica:

Se trata de una formación redondeada u ovalada, bien delimitada, con una delicada cápsula que ofrece una superficie lisa, aunque puede limitar a un tumor ocasionalmente polilobulado; al corte presenta una superficie homogénea o con diminutos espacios quísticos y de color rosado pálido. Microscópicamente está formado por células que se distribuyen en cordones, separadas por un escaso estroma conjuntivo; con un citoplasma aumentado de tamaño, estas células son grandes, con núcleo redondeado y presencia nucléolos prominentes; el citoplasma es rosado y de aspecto finamente granular. (21)

Su pronóstico es magnífico, aún cuando su excéresis, sin el adecuado margen de seguridad, causa entre el 20%-30% de recidiva; su posibilidad de transformación maligna es excepcional, y puede originarse de novo u ocurrir en oncocitomas previamente benignos.

Cistadenoma papilar linfomatoso (Tumor de Warthin).

Explica casi el 7% de las neoplasias epiteliales de glándulas salivales, y por lo regular se presenta en la glándula parótida. Esta lesión es rara en la boca. Se cree que se origina en los ganglios linfáticos a partir de elementos glandulares salivales atrapados en las primeras etapas del desarrollo embrionario.

Esta teoría es apoyada por algunos casos ocasionales de multicentricidades apoyada por algunos casos ocasionales de multicentricidad y también por la estructura normal de los ganglios linfáticos que rodean a muchos tumores tempranos o en desarrollo. Se cree que algunas lesiones intrabucales pueden desarrollarse en un área de hiperplasia linfoide reactiva secundaria a inflamación crónica.

En la parótida esta lesión aparece como una masa pastosa o quística en el polo inferior de la glándula, por detrás y adyacente al ángulo de la mandíbula, dando la impresión de estar en la glándula submandibular y no en la parótida.

Características clínicas:

Muestra una predilección por el sexo masculino, con relación promedio hombre- mujer 5 a 1 en series antiguas. Estudios más recientes de casos y de series amplias revelan una distribución más equilibrada, siempre con leve predominio en varones. La edad promedio de inicio es del 5to al 8vo decenios de la vida. En caso de lesión bilateral (2 a 6% de los casos), los tumores pueden ser múltiples y sincrónicos o metacrónicos.

En un rastreo con radioisópos esta anormalidad también se caracteriza por su capacidad para captar tecnecio- 99 y por lo tanto aparece como un nódulo de los llamados "calientes". En tumor es encapsulado y posee una superficie liso o lobulada y contorno redondo.

Microscópicamente.

Se reconoce un gran número de espacios quísticos de contorno irregular con prolongaciones papilares revestidas por células columnares eosinofílicas (oncocitos). Las células de revestimiento son apoyadas por células de reserva cuboidales y con núcleo central. En ocasiones se puede detectar metaplasia escamosa de las células de revestimiento. En la base de la capa de células cuboidales una membrana basal separa el epitelio del estroma linfoide subyacente. Típicamente se observan centros germinales y espacios sinusoidales.

Los gránulos citoplasmáticos de los componentes epiteliales se atribuyen a la presencia de un gran número de mitocondrias en su citoplasma. El elemento linfocitario se compone casi exclusivamente de linfocitos B.

Se han comprobado recurrencias, pero se cree que éstas representan 2das lesiones primarias o una expresión de anomalías múltiples. Son infrecuentes la transformación maligna o un carcinoma originado en la lesión, pero pueden ser subsecuentes a radioterapias en la región. El tipo de malignidad reconocido en la mayor parte de los casos es el carcinoma de células escamosas, con un menor número de adenocarcinoma y carcinoma mucoepidermoide.

Adenoma Pleomorfo (Tumor mixto benigno):

El tumor mixto benigno, o adenoma pleomorfo, es el tumor más común de las glándulas mayores y menores (85%) en relación a otros tumores benignos de parótida y (84%) respecto a localización en otras glándulas salivales. La glándula parótida explica casi 85% de otros tumores, en tanto que las glándulas submaxilares y salivales menores intrabucales representan el 8% y 7% de estos respectivamente. De todas las malformaciones que se originan en la cavidad bucal, la mayor parte aparece en el paladar.

La histogénesis de estas lesiones se relaciona con la proliferación de células que poseen características mioepiteliales, ductales o ambas. Las células mioepiteliales diferenciadas asumen un papel importante para determinar la composición total y el aspecto de los tumores mixtos. Casi todos los estudios en tumores mixtos indican un intervalo de tipos de células en un extremo del espectro se encuentran células totalmente epiteliales y en el otro se encuentran células totalmente mioepiteliales. Entre estos dos extremos se pueden identificar células no tan desarrolladas con rasgos de ambos elementos.

Una teoría postula que en vez de una proliferación simultánea de células neoplásicas epiteliales y mioepiteliales, existe una célula con la capacidad de diferenciarse de las células epiteliales o mioepiteliales y causar estas tumoraciones.

Características clínicas.

Los tumores mixtos surgen a cualquier edad, muestra ligera predilección por mujeres y tienen mayor prevalencia del 4to al 6to decenios de la vida. Constituye casi 50% de todas las malformaciones de glándulas salivales menores intrabucales. En general, son móviles salvo cuando se presentan en el paladar duro. Tienen la forma de tumoraciones y firmes y, en la mayor parte de los casos, no ulceran la mucosa que las recubre. El paladar es el sitio más común en la boca, seguido por el labio superior y la mucosa bucal. Los tumores mixtos intrabucales, en especial los del paladar, carecen de una cápsula bien definida. Dentro de la glándula submandibular los tumores mixtos se reconocen como masas discretas y desde el punto de vista clínico es imposible distinguirlos de los tumores malignos de la glándula salival en las primeras etapas de su desarrollo. También puede ser difícil diferenciarlos de ganglios linfáticos hipertrofiados en el triángulo submandibular.

Los tumores mixtos son habitualmente indoloros y de crecimiento lento cuando se desarrollan en la glándula parótida. Suelen localizarse por debajo de la oreja y detrás de la mandíbula. Algunos están surcados por la extensión posterior de la rama mandibular y las lesiones antiguas pueden ocasionar atrofia por la compresión de éste hueso. Cuando están situados en el polo inferior o la cola de la parótida, las tumoraciones aparecen por debajo del ángulo de la mandíbula y delante del músculo esternocleidomastoideo.

El tamaño de los tumores mixtos varía desde unos cuantos milímetros hasta varios centímetros de diámetro y alcanzan proporciones gigantes en las glándulas salivales mayores, en particular la parótida.

El tumor típico es lobulado y encerrado en una cápsula de tejido conectivo cuyo espesor es variable. En áreas donde la cápsula presenta un defecto, el tejido neoplásico puede estar en contacto directo con el tejido salival adyacente.

Histopatología.

Muestras una amplia gama de características histológicas. Los patrones polimórficos en neoplasias individuales dan lugar al término sinónimo de adenoma polimórfico. Casi una tercera parte de estas malformaciones posee una proporción casi igual de elementos epiteliales y mesenquimatosos. El componente epitelial puede configurarse en un gran número de patrones, incluyendo a aquellas que forman glándulas, túbulos, bandas y láminas sólidas.

Los hidrocistomas ecrinos son lesiones quísticas poco frecuentes derivadas del conducto de la glándula sudorípara ecrina. Fueron descritos por Robinson en 1893 como lesiones múltiples que aparecían en la cara de mujeres que trabajaban en ambientes con alta humedad y temperatura. Posteriormente, en 1973, Smith y Chernosky describieron otro grupo de pacientes en los que la lesión se presentaba de manera solitaria o en escaso número. Desde entonces a estas dos formas de presentación se las conoce como la forma clásica o tipo Robinson, y la forma solitaria o tipo Smith. Clínicamente se presentan como lesiones papulosas, vesiculosas, traslúcidas o de color ligeramente azulado, de 2-4 mm, distribuidas por cara y tronco. Las lesiones típicamente mejoran en invierno y empeoran en verano, exacerbándose con estímulos para la sudoración como el ejercicio, el ambiente húmedo y cálido, o incluso alteraciones hormonales como el hipertiroidismo. (29)

El Hidrocistoma Ecrino que no es aceptado por algunos autores tiene una imagen clínica idéntica pero histológicamente muestra un epitelio aplanado compuesto por dos hileras de células pequeñas, poliédricas con escaso citoplasma y color oscuro del núcleo sin secreción por decapitación y ocasionalmente mostrando zonas con una cutícula eosinofílica. (29)

Quiste Linfoepitelial Benigno de Parótida.

El Quiste linfoepitelial es un trastorno poco frecuente que afecta a las glándulas salivales, fundamentalmente a la glándula parótida y que se ha asociado a la infección por el VIH. Desde el punto de vista clínico, a nivel carotideo y cervical, se manifiesta por la presencia de una tumoración elástica no dolorosa, de crecimiento progresivo y asociada a adenopatías cervicales. El quiste linfoepitelial benigno es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las masas cervicales en pacientes infectados por el VIH.

Antes de la década de los ochenta las quiste linfoepitelial benigno de parótida constituían menos del 3% de los tumores benignos de esta glándula, posteriormente y debido al aumento de la incidencia de la infección VIH, se ha incrementado el número de casos.

El quiste linfoepitelial afecta con más frecuencia a la parótida que a las submaxilares. Histológicamente la lesión está compuesta por uno o varios quistes llenos de líquido gelatinoso claro, tapizados por epitelio metaplásico escamoso o columnar y rodeados por un infiltrado linfoide, que contiene islotes de células mioepiteliales. El componente linfoide tiene las mismas características que se observan en las adenopatías de la infección por VIH menos avanzada, es decir, hiperplasia o fragmentación folicular, con agrandamiento de los centros germinales. El infiltrado linfoide está mayoritariamente formado por células B, aunque existen numerosos linfocitos T, principalmente CD89.

La etiología del quiste linfoepitelial benigno es desconocida; se han encontrado marcadores de replicación activa del VIH-1, como son la proteína p24 o el ARN viral, en el seno de las células dendríticas reticulares de los folículos linfoides y su histología es similar a las adenopatías del síndrome poliadenopático persistente.

Todo esto, ha hecho sugerir a algunos autores, que estas lesiones son inducidas directamente por el VIH9. Otra hipótesis etiopatogénica se basa en que en la capsula carotidea quedarían englobados varios ganglios linfáticos con restos de acinos glandulares en su interior; la hiperplasia reactiva del tejido linfático, secundaria a la infección por VIH, obstruiría el ducto de excreción de los restos glandulares, dando lugar a quistes de retención.

La forma clínica habitual de presentación consiste en una tumoración cervical indolora de crecimiento lento, sin signos inflamatorios, con frecuencia bilateral, aunque asimétrica. Suele aparecer en pacientes con síndrome poliadenopático persistente, con un número de linfocitos CD4 poco o medianamente disminuido y relativo aumento de células CD8 en sangre (30)

Métodos Diagnósticos:

Ecografía: La Parótida es un órgano superficial, de sencilla evaluación con ecografía de alta resolución. Normalmente el parénquima es homogéneo con ecogenicidad aumentada debido al componente adiposo glandular. El lóbulo profundo es de difícil evaluación debido a la rama mandibular. Este método nos permite además la guía para la punción aspiración o biopsia de una lesión parotídea.

TC (Tomografía Computarizada): Puede evaluar la extensión del tumor de acuerdo al compromiso del componente glandular, periglandular y vascular además con contraste EV puede determinar el grado de vascularización.

RNM (Resonancia Nuclear Magnética): Debido a la capacidad de realizar cortes multiplanares, mejor resolución espacial y tisular, posee ventajas sobre la TC en la evaluación de las lesiones parotídeas, permitiendo también con el gadolinio evaluar la vascularización.

Ultrasonido: Es el primer estudio luego de la palpación manual de una formación en la región, la lesión maligna cuando es pequeña se ve hipoecogénica con respecto al parénquima glandular normal que es espontáneamente hiperecogénico, en el tumor grande, los márgenes se encuentran poco claros y con el doppler se puede observar un alto grado de vascularización.(32)

Abordaje de la Glándula Parótida:

Parotidectomía Superficial. Técnica Quirúrgica.

La cirugía de la Glándula Parótida, como la del resto de las glándulas salivares, es fundamentalmente una cirugía de excéresis, estribando su mayor dificultad en las relaciones de la glándula con el Nervio Facial.

Sus indicaciones más comunes son:

1. Masa en glándula salival.
2. Sialoadenitis crónica y recurrente.
3. Fístula salivar persistente.
4. Sialocele.
5. Traumatismo penetrante.
6. Lesión del Nervio Facial.
7. Lesión del conducto parotídeo.

Parotidectomía Superficial.

La técnica de parotidectomía superficial es conocida también como: Parotidectomía parcial superficial, Parotidectomía exofacial, Parotidectomía suprafacial y Parotidectomía con conservación del Nervio Facial (31)

Tiempos de la intervención:

Campo operatorio.

Paciente en posición de latero-extensión cervical, conocida como de ligadura o de vaciamiento cervical. Ojo bien protegido. Taponamiento del CAE (Conducto Auditivo Externo) para que no entre sangre.

Los paños operatorios se colocan, el posterior por detrás del Pabellón Auricular, el superior a la altura del cigoma, el anterior desde el ángulo externo del ojo a la inserción baja del músculo ECM, el inferior a nivel clavicular de modo que permita el acceso a un eventual vaciamiento ganglionar cervical.

Se coloca un hilo transfixiante en el lóbulo de la oreja de forma que mediante un peso colgante haga de tracción.

Incisión.

La primera descripción de una incisión específicas de acceso a la región parotídea, a fin de realizar una parotidectomía se le concede a Gutiérrez en 1903, pero la incisión descrita y una de las más utilizada es la de Blair, quien la describió en 1912 y modificada posteriormente por Bailey.

Se puede realizar de manera opcional una infiltración previa de 1:100.000 de adrenalina para disminuir la hemorragia. Incisión cutánea estándar (de Blair o de Risdon): es preauricular partiendo de la raíz del hélix, pudiendo aprovechar un pliegue pretragal (o endoaural como describe Starck) descendiendo 1 cm por debajo del lóbulo. La gran mayoría para no decir todos usan el abordaje de Blair modificado.

En profundidad ha de alcanzar la aponeurosis parotídea. Desde este punto toma una forma arciforme, de concavidad anterior, procurando que esta curvatura sea suave para evitar necrosis del colgajo y algo alejada de la línea de implantación del Pabellón Auricular.

Realizada la curvatura la incisión ha de descender por detrás del borde anterior del ECM, como a un cm de éste borde. La incisión desciende hasta alcanzar el extremo del cuerpo mayor del hioides, pudiendo a veces hacerla coincidir con pliegues cutáneos. En su descenso se ha de conservar la distancia de dos traveses de dedo con la mandíbula para evitar lesión del nervio marginal mandibular. A este nivel en profundidad ha de alcanzar el músculo cutáneo del cuello sin atravesarlo. Una eventual afectación de la piel por el proceso patológico puede requerir modificaciones en el diseño de esta incisión descrita. Ciertos autores anglosajones propusieron una incisión en Y (Incisión retroauricular- retromandibular o en Y).

Sin lugar a dudas, esta técnica quirúrgica permite ofrecer al paciente una alternativa importante al momento de practicar la parotidectomía superficial, el llevar a cabo este tipo de abordaje no incrementa su duración, una vez el cirujano conoce la técnica y se familiariza con la misma, no existe mayor diferencia con el abordaje tradicional. De igual forma, no parece aumentarse la pérdida sanguínea en comparación con la que normalmente ocurre con la incisión de Blair si se practica una técnica quirúrgica depurada.

En caso de adenopatía subdigástrica deberá ser completada por una incisión cervical si la histología peroperatoria es positiva y no ha dado resultados estéticos superiores a los de la incisión clásica de Risdon.

Disección del colgajo cutáneo.

Luego de cualquiera de las incisiones mostradas lo primero es despegar la piel de la cara externa de la glándula y luego la parte posterior de la incisión. Se disecciona un colgajo anterior por encima del sistema músculo aponeurótico cervical superficial, dejando una ligera capa de grasa sobre la aponeurosis parotídea (supra aponeurótica) y el músculo cutáneo del cuello (supra platismática).

No obstante se ha de tener cuidado para no adelgazar demasiado el colgajo por el peligro de perforarlo, o formar un ojal y su posterior necrosis.

La disección puede realizarse con tijera en las zonas peritumorales y con bisturí eléctrico en las zonas inferiores. El colgajo debe de llegar hasta la porción anterior de la celda parotídea identificada por la aparición de la aponeurosis del masetero, de tal forma que quede expuesta toda la glándula. Para conseguir mejorar el campo de acceso a la zona estilo-mastoidea, si la extensión por peso del lóbulo de la oreja no es suficiente, se le puede dar un par de puntos para su separación mediante tracción, suturándolo a los campos.

La disección del SMAS previene el síndrome de Frey (síndrome del nervio auriculotemporal o de la sudoración gustativa), se caracteriza por la aparición de eritema y sudoración en la piel de la cara, normalmente en la región pre auricular, en relación con la masticación y la deglución.

El nervio auricular mayor y vena yugular externa.

Ambas estructuras se identifican en la parte inferior de la celda parotídea y en caso de necesidad se pueden seccionar. El nervio se ha de seccionar mucho antes de su penetración en la glándula pero conservando, si se puede, su rama anterior. La sección o lesión de este nervio tiene consecuencia parestesia del pabellón auricular, y tanto si se conserva como si se secciona, puede aparecer posteriormente el síndrome de Frey. Se ha propuesto como material para un eventual injerto del nervio facial.

Liberación del borde posterior.

Se comienza a disecar y liberar todo el borde posterior de la glándula. En la parte más alta se despega de la porción cartilaginosa del CAE (Conducto Auditivo Externo) donde el plano de clivaje es fácil a ras del cartílago y se va profundizando hasta alcanzar el hueso timpánico sin presentar más problema que la realización de alguna pequeña hemostasia. Más abajo se va despegando la glándula de su adherencia al borde anterior del ECM y en algunos casos a los músculos digástrico y estiloideo.

La glándula se ha de despegar del ECM hasta identificar bien la aponeurosis muscular y todo el borde anterior del músculo, quedando así liberada la cola parotídea.

Identificación del Nervio Facial.

El tronco nervioso ha de ser buscado a nivel de su salida por el agujero estilomastoideo. Su búsqueda comienza realizando una continuación del trabajo de despegamiento del borde posterior de la glándula. El despegamiento del cartílago del CAE no plantea problemas hasta llegar al hueso timpánico. A este nivel se puede identificar la fascia tímpano-parotídea (de Loré), debajo de la cual va a encontrarse el nervio. Esta fascia es el amarre de la glándula a la pared posterior de su celda y se inserta en el surco mastoideo-temporal. La fascia ha de abrirse para acceder a la zona de búsqueda del nervio facial. En este tiempo, si aparecen pequeños vasos, pueden ser coagulados.

A veces la glándula se prolonga hacia atrás en la parte alta del ECM y antes de realizar el despegamiento de búsqueda del NF, es necesario despegar esta zona más inferior del borde posterior de la glándula del ECM para deslizarla un poco hacia delante. Este despegamiento se ha de realizar con cuidado para evitar las ramas perilobulares del plexo cervical.

Llegado a este punto se han de conocer perfectamente las referencias que se han dado para la identificación del nervio de forma fiable y reproducible:

- El nervio emerge justo por encima del vientre posterior del digástrico en su inserción con la mastoides.
- Se ha de reconocer el surco osteocartilaginoso del conducto y el surco mastoideo-temporal.

- El llamado señalador cartilaginoso del trago, o puntero de Conley: este cartílago se origina en profundidad una prolongación digitiforme que lleva al tronco principal del nervio situado a 1-1´5 mm en profundidad.
- Debajo del borde inferior del cartílago del CAE, al acabar de despegar la glándula del conducto, se observa que hay una banda conectiva, la fascia tímpano-parotídea de Loré, transcurriendo el NF por debajo de ella.
- Sutura tímpano-mastoidea: los tractos fibrosos situados en el surco tímpano mastoideo conducen en dirección medial al orificio estilomastoideo punto de salida del nervio, aproximadamente a 6- 8 mm de profundidad.
- Apófisis estiloides: la base de la apófisis estiloides está de 5-8 mm de profundidad respecto a la línea de sutura tímpano mastoidea. El tronco del nervio se encuentra en la cara posterolateral de la apófisis estiloides cerca de su base.
- Mediante disección retrograda: la identificación de ramas inferiores del nervio como la cervical o la mandibular puede conducir hasta la pata de ganso.
- Mastoidectomía cortical: se considera como un último recurso en caso de tumores importantes. Se identifica y disecciona el trayecto mastoideo del nervio.

Disección del Nervio Facial.

El Nervio Facial se introduce en la glándula sin un plano de despegamiento auténtico pero se puede crear rompiendo los puentes glandulares entre la porción endo y exofacial de la glándula.

La disección del nervio depende fundamentalmente de la lesión a extirpar. La situación más normal es que el tumor esté situado en plena glándula.

El tumor está lejos de la emergencia del nervio facial y una vez que éste ha sido identificado, luego, al ir descubriendo sus ramas ya no plantea problemas a un cirujano experto. Se sigue el tronco principal hasta la pata de ganso continuando por su bifurcación los trayectos superior e inferior.

La masa de la glándula se ha de ir rechazando hacia delante, siendo mejor la tracción manual, pinzas de Allis o con un separador de Wolkman de ganchos romos que con el Farabeuf que se resbala fácilmente. En toda esta fase la hemostasia ha de ser lo más perfecta posible. El tronco del nervio parece en forma de un cordón de unos 2 mm de ancho y de color nacarado que resalta con el de los lóbulos glandulares.

El nervio se va diseccionando y separando del tejido glandular y del tejido conjuntivo que delicadamente son rechazados hacia delante para tal menester se pueden utilizar una tijeras finas y romas de Metzenbaum si bien hay quien prefiere hacerlo con una espátula roma o con una pinza de hemostasia sin dientes.

El mejor método de despegamiento es la tunelización de la cara externa del nervio con pinzas finas y disección cortante de la porción superficial. Se ha de tener la precaución de no entrar en la cápsula tumoral. Una vez identificado el nervio, en esta zona de su identificación puede aparecer cruzado por la arteria estilo-mastoidea y es importante referenciarla, identificarla y ligarla, ya que si se pinza al vuelo, o a ciegas, se puede lesionar el nervio, si bien es más normal que la arteria esté a cierta distancia de la zona peligrosa. Si ha sido seccionada sin identificarla, se aconseja disecarla acompañándose de un aspirador mientras se mantenga bien identificado el tronco del nervio facial. La disección de la rama mandibular puede verse dificultada por la vena comunicante intra parotídea, a veces muy gruesa, que la cruza dando origen a la yugular externa. Esta se ha de ligar. El uso de gafas de lupa y de estimulador del facial, pueden ayudar.

Cuando el tumor es posterior o contacta con la emergencia del nervio facial la dificultad varía según que se encuentre en el lóbulo exofacial o en el lóbulo profundo. En caso de un tumor muy posterior del lóbulo superficial el acceso al tronco del nervio es incomodo pero guarda su posición normal.

Basta con mantener bien el contacto con el conducto cartilaginoso y con la mastoides, levantar la glándula para seguir bien el digástrico y el tronco aparecerá normalmente. Hay riesgo de romper el tumor mientras se despega. Se ha de evitar al máximo un error en la técnica.

Perkiz describió una maniobra ingeniosa para la localización del nervio facial. Consiste en desplazar la cara palmar del dedo índice sobre la superficie craneal del vientre posterior del músculo digástrico hasta alcanzar la punta de la mastoides palpando medialmente la apófisis estiloides. En esta situación el nervio facial está colocado sobre la uña del dedo índice del cirujano.

Otra técnica (disección retrograda).

Se ha mencionado la disección retrograda del Nervio Facial entre los métodos de identificación, aunque nosotros no la usamos con frecuencia la describiremos.

Consiste en el abordaje del facial a partir de una de sus ramas periféricas. Esta técnica es muy poco usada porque la disección retrógrada es más difícil y las relaciones anatómicas de referencia menos reproducibles. Es necesario conocerla porque, aunque de indicación rara, puede ser útil en casos de recidivas tumorales y de tumores muy voluminosos.

La técnica es muy simple en teoría. Una vez despegado el colgajo cutáneo se ha de identificar la rama mandibular del nervio facial que va por debajo de la aponeurosis del músculo masetero por ser la más fácil de identificar. Una vez identificada una rama nerviosa se realiza disección retrógrada del nervio hasta el tronco.

En los localizados en la porción media del lóbulo superficial la disección se hace de igual forma que en los casos precedentes, pero siguiendo la rama temporo-facial del nervio que suele ser más voluminosa y se ve en seguida. En este tiempo suele ser necesario ligar la arteria transversa de la cara. Como se ha expuesto antes se van seccionando los puentes glandulares entre el nervio y la parte superior de la glándula. Así se llega hasta la cara externa del masetero, pues las ramas terminales del facial llegan hasta la aponeurosis del masetero.

Al final el facial se queda aislado y disecado en la celda parotídea; algunos cirujanos recubren el nervio con fragmentos de Surgicel y otros como nosotros preferimos un colgajo de rotación del esternocleidomastoideo, el cual protege el nervio y mejora estéticamente la depresión que deja la parotidectomía.

Cierre.

Tras una cuidadosa hemostasia, se realiza sutura en dos planos. Se deja un drenaje dirigido hacia la parte posterior (con Penrose o Hemovac) y se realiza vendaje compresivo para prevención de hematoma. El drenaje no debe de tocar el nervio (31).

Complicaciones de la cirugía parotídea: (Jorge O. Guerrissi y Cols).

1. Lesión del Nervio Facial.

Representa para el cirujano y para la paciente, la complicación más traumatizante y severa que pueda ocurrir en la cirugía de la parótida. Previo a la cirugía se inyecta en el área de la parotidectomía una solución constituida por 20cc de lidocaína al 2%, 1 ampolla de 1cc de adrenalina 150cc de solución salina isotónica.

Cuando se usa anestesia local para infiltrar el área operatoria deben ser tenidas en cuenta lo siguiente:

1. La lidocaína produce bloqueo de los nervios de manera temporal, por lo que la infiltración no debe hacerse dentro de la parótida sino superficial.
2. El objetivo de esta infiltración es: disminuir el sangrado de los pequeños y numerosos vasos faciales superficiales por la acción vasoconstrictora de la adrenalina; efectuar una disección hidráulica del plano subdérmico preparotídeo y contribuir a evitar el dolor posoperatorio de las primeras horas.

El cirujano debe ser un eximio operador y un excelente anatomista quirúrgico y debe conocer con exactitud los elementos anatómicos y no anatómicos usados para el reconocimiento del nervio facial y de sus ramas.

Estos detalles son:

1. Identificación anatómica de los 3 principales estructuras que deben ser disecados con claridad y con cuidado, en el siguiente orden: Se comienza por el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, se sigue por el vientre posterior del músculo digástrico y se termina con la exposición del conducto auditivo externo hasta llegar al conducto auditivo óseo y percibir con el tacto la cresta entre ambas porciones del conducto. Por debajo y por dentro de ésta cresta, está el agujero estilomastoideo por donde sale el nervio facial.
2. El tronco del nervio facial sale a 1.5cm por encima de la inserción mastoidea del músculo digástrico.
3. Disección centrífuga del facial de forma atraumática, limpia , cuidadosa y con hemostasis exhaustiva.
4. La maniobra del Dr. Turco es imprescindible para evitar la lesión de las ramas y exponerlas limpiamente hasta la periferia de la glándula parótida.

5. Puede usarse la tinción de la glándula mediante el uso de azul de metileno inyectado a través del conducto de Steno que permite colorear el tejido glandular y no las ramas del facial.
6. Frente a dificultades de poder llevar a cabo una disección centrífuga de las ramas, estas pueden ser hechas de manera centrípeta, es decir, desde la periferia hacia el agujero estilomastoideo.

La identificación y adecuada exposición del nervio facial reduce los riesgos de ocasionar alguna injuria que pase desapercibida. También permite una adecuada y exhaustiva hemostasia de vasos que se hallan ricamente distribuidas por la parótida y rodeando las ramas nerviosas.

El uso de un estimulador nervioso es importante, pero no imprescindible; es muy útil en reintervenciones, tumores malignos y de gran tamaño.

Una vez que se ha identificado el nervio facial, todas sus ramas son seguidas hasta la periferia. Se debe tener presente la gran variación en la anastomosis y distribución de sus diferentes ramas. No existe un modelo constante repetitivo en diferentes personas, aún en un mismo sujeto, la distribución de las ramas del nervio puede variar.

Las lupas son muy útiles para la identificación de las ramas nerviosas y contribuyen a diferenciar estructuras anatómicas dudosas y a realizar una mejor hemostasia definitiva.

La parálisis facial temporal o paresia ha sido reportada con una frecuencia muy variable entre el 5 y el 45% de los casos. Al examen clínico se traduce en la pérdida de depresión del hemilabio inferior ipsilateral a la injuria ya que el triangular de los labios pierde la acción de llevarlo hacia abajo y afuera.

Lesión de la rama marginal mandibular:

La rama marginal mandibular se lesiona con mayor frecuencia debido a su importante longitud y trayecto que la hace más vulnerable respecto a las otras. También es importante que tiene escasas o casi nulas conexiones con ramas vecinas y que la falta de plexos con las otras ramas del tronco crevico- facial, contrasta con la enorme ramificación neural que tienen los brazos de la rama temporo- facial.

Parálisis facial definitiva:

La parálisis facial definitiva ocurre con menos frecuencia que la paresia posoperatoria transitoria, la cual desaparece con el transcurso de los días llegando a recuperarse entre 1 y 6 meses. Dicha parálisis ha sido reportada en menos del 5% de los casos como complicación de la parotidectomía superficial.

Parálisis Permanente:

La incidencia de parálisis permanente o temporales es más alta en el caso de parotidectomía totales. Esto se debe quizás a las dificultades durante la disección del lóbulo profundo de la parotídea, por la injuria de la vascularización de las ramas e incluso por las características de la lesión.

Las posibilidades de producir una parálisis facial definitiva se incrementan cuando se hace una reoperación por tumor recurrente, resección de tumores malignos o cuando ha existido algún tipo de cirugía local con anterioridad. Las causas de esta complicación radican en las dificultades de separación del tumor de los tejidos vecinos, sobre todo, cuando entran en contacto con las ramas nerviosas o por invasión tumoral. De cualquier manera si las ramas nerviosas están invadidas por el tumor, estas deben extirparse si quiere mantenerse incólume el principio oncológico de resección completa y segura del tumor. Cuando sea necesaria la extirpación de la rama nerviosa, debe hacerse la inmediata reconstrucción microquirúrgica.

Parálisis facial temporal:

En la experiencia del autor, la parálisis facial temporal después de la parotidectomía superficial por resección de un tumor benigno, es menor al 1%, mientras que en el caso de una parotidectomía total por tumor benigno pasa a 3%. Cuando se trata de un tumor maligno, la incidencia de parálisis temporales o definitivas aumentan hasta el 25%.

En el caso de las operaciones parotídeas por parotiditis crónicas e inflamatorias, algunos autores reportan incidencias de parálisis temporales hasta en el 100% de los casos, mientras que para otros cirujanos la incidencia es similar a la parotidectomías por tumores benignos y malignos.

Lesión de la rama frontal:

Otra rama afectada con frecuencia es la frontal, que se traduce al examen clínico por la falta de elevación de la ceja ipsilateral y la ausencia de arrugas en la hemifrente correspondiente cuando se hace mirar al paciente arriba. Si bien es un problema estético inicial, con el paso de los años se transforma en un problema funcional. Esta situación favorece la caída de las cejas sobre el párpado el cual ejerce presión gravitacional sobre las pestañas, haciendo descender el borde palpebral lo que produce una pseudoptosis palpebral que dificulta la visión por ese ojo.

Por otro lado, dicha lesión coadyuba en la laxitud tisular de los tejidos palpebrales y de la aponeurosis del músculo elevador de los párpados, lo que conlleva a una ptosis palpebral más severa y de muy difícil solución.

De todas las técnicas descritas para el tratamiento de esta secuela, es muy interesante el concepto de producir la afuncionalidad del músculo frontal contralateral para conseguir la asimetría frontal estática y dinámica: 1) Neurectomía de la rama frontal y 2) resección del músculo frontal contralateral.

Parálisis facial completa:

En el caso de la parálisis facial completa, el orbicular de los párpados no funciona, por lo que el ojo tiene un cierre incompleto y como consecuencia se producen queratitis, conjuntivitis y úlcera de córnea que pueden evolucionar hasta la cicatriz con ceguera total o parcial para ese ojo. Otro síntoma muy patognomónico, es la epífora por laxitud de los tejidos del párpado inferior y eversión del punctum, lo que hace que el lago lagrimal no caiga en la vía lagrimal normal sino que caiga hacia la mejilla.

Las medidas de protección ocular deben ser instituidas de inmediato con el uso de lágrimas artificiales durante el día y lubricantes en gel para la noche. El uso de anteojos oscuro es primordial para evitar la acción deletérea de la luz solar. Durante la noche luego de la colocación del gel, debe ocluirse el ojo con telas antialérgicas adhesivas o parches oculares con el fin de protegerlo, ya que con la relajación de los músculos durante el sueño, el ojo permanece más abierto y desprotegido.

Si la parálisis facial se prolonga por varios meses o se hace definitiva, o pacientes con parálisis facial completa, el lagoptalmo paralítico puede generar problemas oculares desde pequeña irritación conjuntival, ulceración corneal y perforación de la misma, hasta llegar a la ceguera.

La severidad de las lesiones depende del grado y duración de la parálisis. Los principales problemas anatómicos que genera la parálisis del orbicular de los ojos son:

1. Imposibilidad de producir un cierre palpebral con una funcionalidad aceptable.
2. Ectropión del borde libre del párpado inferior por falta de tono muscular.
3. Puede existir pérdida de sensibilidad de la córnea.
4. Disminución de la producción de lágrimas y alteración de la distribución fisiológica por los párpados.

5. Producción del fenómeno de Bell: Ausencia del reflejo de rodamiento superior de la córnea cuando se intenta el cierre de los párpados, por lo tanto, la córnea queda desprotegida, expuesta al medio ambiente.

El tratamiento quirúrgico debe realizarse en pacientes en quienes falla el empleo de medicamentos o aquellos con parálisis faciel definitiva cuya córnea con alteraciones deficitarias y desprotegida, tienen posibilidades de producción de leucomas y ceguera cicatrizal.

La semiología de una parálisis facial, haciendo hincapié en la región orbitopalpebral, debe incluir:

1. Agudeza visual
2. Campo visual
3. Nivel de las cejas
4. Movimiento de los párpados, espontáneos y con esfuerzo voluntario
5. Función de los músculos extraoculares.
6. Estudio de la pupila: diámetro, simetría, respuesta a la luz.
7. Fondo de ojo.
8. Evaluación química y mediante los test de Schirmer y tinción de la córnea con Rosa de Bengala y Fluoresceína para evaluar la calidad y cantidad de producción de lágrimas.

El estado de la córnea es importante y la aparición de nubosidades, cicatrices y neovascularización puede ser detectada empleando iluminación oblicua con luz brillante.

Cuando la anestesia de la córnea es absoluta y la producción de lágrimas está muy disminuida, estamos en presencia de una urgencia médica ya que las posibilidades de complicaciones definitivas pueden ser inevitables si no se actúa rápido y con precisión.

La tonometría también es importante porque puede detectar la presencia de glaucoma.

En la actualidad, el empleo de toxina botulínica tipo A ha sido muy efectiva, aunque temporal (no mas de 3 meses), para producir una ptosis palpebral que permita disminuir la apertura palpebral por parálisis del músculo orbicular del párpado superior. El uso de esta suatancia permite el tratamiento rápido y efectivo en el caso de úlceras de córnea.

No obstante, la efectividad de esta ptosis farmacológica tiene sus desventajas como son la posibilidad de parálisis de los músculos extraoculares superiores como el recto superior y el oblicuo mayor y también la producción de diplopía severa, aunque transitoria.

La tarsorrafia parcial ha permanecido por muchos años como el principal tratamiento para la protección ocular postparálisis facial, pero tiene sus desventajas como son: entropión, infección, alteraciones en los bordes palpebrales, formación de quistes epiteliales e incluso restringir la visión.

1. Pacientes de ead avanzada
2. Pobre tono muscular
3. Marcado lagofalmo con severo ectropión paralítico
4. Fuerte retracción del párpado superior
5. Visión monocular dependiente del ojo paralizado
6. Factores socio-económicos
7. Dificultades para evaluaciones y seguimientos periódicos

El procedimiento ideal es aquel que puede restaurar la posición del párpado inferior, la función, y además, mejorar o mantener la cantidad de lágrimas necesarias para la humidificación normal de la córnea y la conjuntiva mediante una correcta distribución y regulando el drenaje de las mismas.

Cuando la reconstrucción nerviosa se lleva cabo como tratamiento quirúrgico para la reanimación de la parálisis facial, debe realizarse también la reparación quirúrgica del lagofalmo paralítico en el mismo momento. La recuperación neural lleva de 6 meses a 1 año; la córnea permanecerá sin protección durante este tiempo.

Estos tratamientos están orientados a recuperar la estática y la funcionalidad de los diferentes tejidos de la región orbitopalpebral como: 1) la ceja; 2) el párpado superior y 3) el párpado inferior.

DESCENSO DE LAS CEJAS.

El descenso de las cejas y sus tejidos vecinos, tiene valor no solo desde el punto de vista estético al compararse con el lado sano, sino también el funcional, ya que también contribuye a dificultar aún más la visión cuando el paciente intenta mirar hacia arriba por aumento de los tejidos en el surco palpebral superior.

La caída de las cejas es corregida quirúrgicamente mediante la elevación de las mismas.

La elevación de las cejas puede hacerse de varias maneras:

1. Resección directa de la piel por encima de las cejas
2. Abordaje clásico coronal mediante un lifting frontal convencional
3. Tracción de los tejidos de las cejas mediante surturas fijadas al cráneo, a la galea, con tornillos degradables de ácido poliláctico.

La técnica directa descrita por Beard y usada por muchos autores con éxito creciente. Esta técnica tiene varias ventajas: 1) el cirujano puede establecer con exactitud la simetría con el lado sano; 2) Posibilidad de “ocultar” la cicatriz en el borde superior de las cejas o incluirla en una arruga.

RECUPERACIÓN DEL PÁRPADO SUPERIOR.

El tipo de técnica quirúrgica a emplear en el tratamiento de las estructuras del párpado superior depende de las características y el grado de parálisis facial. Illig y Smillie fueron los primeros en incluir una pesa de oro en el espesor del párpado superior para la reanimación paralítica del mismo.

La colocación de la pesa de oro debe ser entre el músculo orbicular y el tarso; así como su ubicación entre el grupo de fibras musculares del orbicular de los párpados.

El paciente ideal para el implante de pesa de oro debe tener las siguientes características:

1. Paresia más parálisis facial para que con mínimo movimiento alcance el cierre del párpado.
2. Tejidos palpebrales prominentes y abundantes.
3. Buen fenómeno de Bell, sin alteraciones de la calidad y cantidad de lágrimas y sin alteraciones sensitivas de la córnea.
4. Cobertura de la córnea cuando se hace una prueba con una pesa de oro adherida a la piel del párpado, como paso previo a la operación.

La técnica quirúrgica es sencilla y se realiza con anestesia local.

Otra técnica para recuperar la funcionalidad del párpado superior es el resorte palpebral descrito por Morel- Fatio y LalarDrie en 1965. Esta técnica es aplicable a aquellas personas con parálisis facial completa y permanente asociada con importante retracción palpebral y pobre fenómeno de Bell. Con esta técnica se consigue el mejor grado de restauración no sólo del parpadeo y cierre voluntario, sino también de los cierres mímicos y espontáneos.

RECUPERACIÓN DEL PÁRPADO INFERIOR.

Los procedimientos de reanimación del párpado inferior son estáticos, y los utilizados para el párpado superior son dinámicos.

El éxito de la reanimación del párpado inferior depende de mejorar la altura del borde del mismo, aproximar lo más posible a los tejidos córneo-conjuntivales, mejorar el drenaje de las lágrimas a través del ostium del canalículo inferior y corregir el ectropión para evitar sus secuelas crónicas.

Cuando la córnea está protegida durante el sueño , la recuperación funcional puede considerarse buena, y si los ojos parecen simétricos, el resultado estético puede considerarse exitoso.

Las técnicas quirúrgicas usadas para la reanimación del párpado inferior tienen tres propósitos: 1) aproximar los bordes palpebrales; 2) incrementar la tensión del borde palpebral y 3) elevar el borde palpebral.

Una de las técnicas más sencillas descritas para realizar ésta corrección, es la que permite hacer una cantoplastia interna a la manera de Levine, con protección de los canalículos superior e inferior y cierre de ambos brazos del tendón y de la piel.

Otra técnica es la descrita por Collins, en la cual el canalículo inferior es resecaado y marsupializado.

En el año 2003, una técnica similar, pero diferente en la concepción básica de la fisiopatología del ectropión medial o interno, fue presentada por el autor de éste libro en el XIII International Congress of Plastic Surgery llevado a cabo en Sidney (Australia) con el doble objeto de corregir la laxitud tisular y la eversión del punctum lagrimal inferior.

Los fundamentos fisiopatológicos de la técnica , están basados en corregir la laxitud de los tejidos palpebrales, tensar el borde del mismo, reubicar el punctum lagrimal y el canalículo inferior en el punto más declive en la conjuntiva palpebral y reseca parte de los tejidos demasiado laxos del párpado inferior.

La cantoplastia interna o medial de Lee también es usada para corregir la laxitud del tercio medial del párpado inferior. Este procedimiento consiste en dividirlo en 2 porciones: Una posterior, que contiene la lamela posterior junto con el canalículo lagrimal y la anterior, que incluye la lamela anterior con la piel y el músculo orbicular.

La sección mencionada abarca desde el tendón cantal interno hasta sobrepasar el punctum lagrimal.

Mediante la sutura del tarso del párpado inferior y los tejidos ubicados por detrás del tendón cantal, se logra proveer soporte horizontal del párpado, mientras que con la sutura entre los tejidos pericanaliculares superior e inferior, se obtiene el soporte vertical.

ELEVACIÓN DEL PÁRPADO INFERIOR.

Numerosas técnicas han sido descritas para la elevación del párpado inferior a través del uso de implantes de material aloplástico y también con autólogos. La mucosa del paladar es uno de los más utilizados porque es blanda y maleable. Esta superficie mucosa puede utilizarse como reemplazo de conjuntiva y tiene la dureza y rigidez necesaria para elevar el párpado sin necesidad de agregarse otro tejido más duro.

El injerto de cartílago extraído de la oreja es el más utilizado para hacer esta reconstrucción. Luego se incide el párpado inferior y se busca el lugar para la colocación del mismo en el espesor de los tejidos palpebrales.

El injerto compuesto tarsoconjuntival del párpado contralateral también ha sido usado con este fin y fue descrito por Shaw y Khan. No obstante, en el caso de parálisis facial crónica o de más de 2 años de evolución, existen muchas técnicas quirúrgicas mediante el uso de músculos vecinos inervados por el V par craneal. Existen 3 músculos regionales aptos para la reanimación facial y ellos son: el músculo temporal, el masetero y el digástrico.

MÚSCULO DIGÁSTRICO.

La secuela funcional creada por la lesión del nervio marginal mandibular se caracteriza por la incapacidad para mover el labio inferior hacia abajo y de modo lateral, y además, revertir el borde del bermellón. Cuando el paciente sonríe, el sitio paralizado del labio paralizado inferior permanece en posición neutral por parálisis del músculo depresor del labio inferior; mientras que en el lado contralateral, se produce el movimiento normal de descenso y tracción lateral del labio inferior.

Varios métodos han sido propuestos para el tratamiento de esta deformidad, entre ellos, la sección del nervio marginal mandibular contralateral o la sección del músculo depresor labial del lado sano con el objetivo de nivelar el déficit funcional, haciendo semejante el movimiento de ambos hemilabios inferiores.

Basados en los trabajos de Edgerton, Conley describió la transposición del tendón del músculo digástrico preservando la inervación e irrigación del tendón anterior, al labio inferior para reemplazar al paralizado músculo depresor labial.

El nervio motor de la porción anterior del músculo digástrico es el nervio milohioideo que desciende de la rama del nervio alveolar inferior, por debajo del músculo milohioideo, para alcanzar las fibras musculares de la porción anterior del digástrico. La preservación de este nervio es fundamental en esta técnica, ya que provee la depresión dinámica del labio inferior.

Este procedimiento es ideal para los casos de parálisis aisladas del depresor labial inferior y no debe ser usado en los casos de parálisis facial completa.

HEMORRAGIA.

La hemorragia intraoperatoria severa es infrecuente. Las pequeñas hemorragias fáciles de cohibir, son mucho más comunes, las cuales ocurren durante la dirección de las ramas faciales cuando se realiza la maniobra del Dr. Turco, al dividir la glándula en dos porciones sobre el trayecto de los nervios. También está aumentada la incidencia de hemorragias y hematomas en las operaciones de recidivas tumorales, en tumores malignos y cirugías extendidas a regiones vecinas.

Las posibilidades de lesionar vasos arteriales o venosos están más relacionadas con la parotidectomía total que en la superficial. La identificación y la ligadura de los vasos durante la disección previenen, por supuesto, cualquier hemorragia significativa.

En los casos necesarios, la ligadura de ambas arterias carótidas externas puede hacerse con impunidad ya que no producen ni secuelas estéticas ni funcionales en la cara.

Los troncos venosos más importantes de la región profunda de la parótida, derivan la sangre de los músculos masticadores como los pterigoideos y de la región subtemporal, las venas están formando plexos intrincados que se denominan plexos pterigoideos.

Dichas lesiones pueden generar hemorragias severas pero fáciles de cohibir de manera transitoria mediante la presión con gasas, y pueden controlarse de manera definitiva con puntos de transfixión dado lo intrincado de los plexos y la gran cantidad de pequeñas y medianas venas que los forman.

Otro tronco venoso que está siempre presente por debajo de las ramas del nervio facial, en el lóbulo profundo (90% de los casos), es la llamada vena comunicante intraparotídea o vena facial posterior, que en realidad es la continuidad de la vena yugular externa y que recibe la sangre de la región de los plexos pterigoideos, la glándula parótida y la región subtemporal.

La ligadura de esta vena no ocasiona secuelas ni congestionamientos regionales, ya que el drenaje venoso tiene muchas conexiones vecinas que permiten la salida de la sangre venosa por vías accesorias. Cuando se produce la lesión de esta vena, previa a la ligadura, se debe hacer una exhaustiva y cuidadosa disección de identificación de las ramas nerviosas, porque la vecindad con la misma pone en riesgo de lesión a los filetes del facial durante las maniobras para cohibir la hemorragia, que nunca es severa e incoercible.

Las hemorragias intraoperatorias de pequeños vasos deben ser controladas con cuidado mediante el uso de ligaduras y del electrocoagulador bipolar a baja intensidad, sobre todo en la vecindad de las ramas del nervio facial.

LESIÓN DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO.

La lesión del conducto auditivo externo no es frecuente en una parotidectomía superficial. Su mayor frecuencia está dada en casos de cirugía ampliadas por tumores malignos extendidos, por recidivas tumorales sobre todo de adenomas pleomorfos y en casos de cirugías previas donde la disección se hace en tejidos cicatrizales, fibrosos y de difícil hemostasia.

La lesión del conducto puede ocurrir en su porción cartilaginosa en cualquier parte de su trayecto desde la oreja hasta la conexión con el conducto auditivo óseo.

Si la lesión se produce en el tercio externo, por lo general es en la disección del tercer jalón anatómico, ya que las maniobras de separación del borde posterior de la parótida del conducto auditivo externo posibilitan la lesión, teniendo como coadyuvante la hemorragia siempre presente de pequeños vasos que se extienden entre la parótida y el conducto.

El tercio profundo o interno del conducto cartilaginoso puede ser lesionado en los casos de resecciones amplias de tumores del lóbulo profundo de la parótida o en disecciones difíciles de adenomas pleomorfos recidivantes o tumores malignos. Esta lesión puede ser inadvertida o ser evidente. Cuando aparece ante los ojos del cirujano, la reconstrucción de la pared cartilaginosa mediante sutura con material reabsorbible es suficiente. Si la piel del conducto ha sido afectada, es importante cerrar la misma del modo más hermético posible con material irreabsorbible, por las posibilidades de infección a partir del interior del conducto.

El tratamiento intraoperatorio y postoperatorio con antibióticos con espectro para *Pseudomonas aeruginosa* es imprescindible, porque el interior del conducto está ricamente colonizado con este germen que se hace agresivo si sale de su hábitat natural. Si la lesión pasa inadvertida, puede ocurrir que cure sin ninguna manifestación clínica o infecciosa.

POSTOPERATORIAS INMEDIATAS:

Infección.

Las parotidectomías son consideradas procedimientos limpios, La infección postoperatoria es una complicación rara debido a la rica vascularización de la región. Además, un cuidadoso manejo intraoperatorio de los tejidos y una hemostasia exhaustiva, contribuyen a disminuir las posibilidades de desarrollo de las mismas.

Sin embargo, la infección postoperatoria puede hacerse presente en algunos casos por diversas causas. Entre éstas, figura la posibilidad de ascenso de los gérmenes desde la cavidad oral por medio del conducto de Steno, cuando éste ha sido lesionado al nivel de la salida del borde anterior de la glándula. Otra causa es la contaminación del lecho quirúrgico por lesión del conducto auditivo externo que ocurre durante la exposición del tronco del nervio facial en el caso de parotidectomías superficiales, como cuando se extirpa alguna porción del mismo en caso de operaciones por tumores malignos o recidiva de tumores mixtos.

Es importante recordar que el conducto auditivo externo tiene una amplia gama de gérmenes autóctonos, sobre todo pseudomona aureginosa que se hace agresiva cuando sale de su hábitat natural.

Cuando se presenta algún cuadro infeccioso en el postoperatorio el uso de antibióticos es mandatorio previo cultivo y antibiograma; la presencia de un absceso requiere la abertura del mismo y la colocación de un drenaje.

Cuando el absceso aparece en el postoperatorio inmediato la eliminación de algunos puntos de suturas es suficiente para la evaluación y resolución del mismo.

Johnson y Wagner no encontraron diferencia en el desarrollo de infecciones en grupos de pacientes estudiado después de cirugías de la glándula parótida con y sin antibioticoterapia.

Otitis Externa.

La otitis externa puede ocurrir en el postoperatorio y por lo general depende de la colección de sangre dentro del conducto auditivo externo ocurrida durante el acto operatorio. La sangre es un excelente caldo de cultivo para el crecimiento bacteriano.

Este cuadro infeccioso puede ser prevenido durante el acto quirúrgico mediante la colocación cuidadosa de un tapón gasa o silicona en la entrada del conducto auditivo externo para impedir la entrada de sangre al mismo.

Si la sangre penetró en el conducto auditivo externo, luego del cierre completo de la herida operatoria, se debe lavar con solución salina y aspirar con cuidado el conducto con el fin de eliminar toda la sangre acumulada impidiendo además, que se coagule en las paredes del mismo y forme una capa dura y rígida.

Si en el postoperatorio el paciente se queja de acúfenos, sensación de oído tapado, dolor o presión en el conducto auditivo externo, se debe descartar la presencia de una otitis o un tapón de sangre coagulada que lo obstruye. El lavado con agua oxigenada y suero fisiológico con aspiración delicada, permite limpiar el conducto y luego se debe instilar gotas de antibióticos durante un plazo de 1 semana.

Necrosis de Piel.

No es una complicación común de la cirugía de la glándula parótida. Cuando se presenta esta complicación se evidencia necrosis en el ángulo retroauricular o mastoideo de la incisión de Avelino Gutiérrez modificada por Finochietto y es como consecuencia del ángulo exagerado de esa porción de la incisión. Por lo tanto puede prevenirse al dibujar un ángulo menos cerrado y más abierto, evitando la tracción exagerada sobre el colgajo dérmico cuando es suturado para cerrar la herida quirúrgica.

La prevención de esta complicación está en manos del cirujano ya que un dibujo apropiado de la incisión, una disección intraoperatoria cuidadosa y un manejo delicado del colgajo, son factores que pueden evitarla.

Existen otros factores que pueden influir de modo negativo en la producción de esta complicación como en los pacientes fumadores, con diabetes o que hayan recibido radioterapia con anterioridad.

El tratamiento depende de la gravedad y extensión de la necrosis. Si solo afecta el ángulo retroauricular de la incisión, el desbridamiento quirúrgico y las curas diarias con antibióticos o azúcar permitirán la curación rápida y definitiva sin secuelas.

Cuando la necrosis es más extensa, puede afectar parte del colgajo parotídeo. El tratamiento será más extenso y complicado, pero, en definitiva, el uso de antibióticos por vía sistémica y la resección de todo el tejido necrosado son los pasos iniciales y primordiales, puede esperarse la cicatrización por segunda intención o para acelerar el proceso, realizar la colocación de un injerto de piel.

Sialocele.

Esta complicación representa la colección de saliva dentro del lecho operatorio, debajo del colgajo parotídeo, que aparece en el postoperatorio inmediato o tardío.

Se presenta como una masa blanda, elástica, líquida, que fluctúa debajo del colgajo de piel, y que a veces puede drenar de manera espontánea por algún sector de la incisión, demostrando la presencia de un líquido filamentosos y espeso incoloro como la saliva. La causa de esta complicación se debe a la pérdida de líquido salival desde el resto de la glándula salival cortada remanente que sigue segregando saliva después de la cirugía.

En nuestra experiencia, la incidencia luego de una parotidectomía superficial es de alrededor del 3%, mientras que en la parotidectomía total es casi nula. Landgon reporto 10% de incidencia en la parotidectomías superficiales. Es importante recordar que si el conducto de Steno está expedito, la probabilidad de la aparición de un Sialocele es casi imposible ya que la producción de la saliva es drenada sin obstáculos hacia la boca.

Se la puede considerar una complicación de esta cirugía o es la consecuencia lógica e inevitable de la sección de los acinos parotídeos? De cualquier manera no es una complicación severa y cura *ad integrum* en pocos días y sin secuelas.

El tratamiento se basa en la eliminación del líquido mediante la punción. Por lo general, es necesario realizar más de 1 punción porque se vuelve a repetir luego de las primeras. La piel debe tener una adecuada preparación de asepsia y antisepsia previa a la punción; una técnica de extracción estéril debe ser realizada para prevenir la contaminación del Sialocele y su posible transformación en un absceso.

En nuestra experiencia ha sido muy útil la compresión mediante gasas y vendas, similar al realizado en una operación de lifting facial, mantenida 48 a 72 horas después de la punción con el objeto de prevenir la recolección.

La presión del vendaje compresivo sobre el área en cuestión evitando la formación del espacio muerto y la acumulación de saliva otra vez. La curación es definitiva y sin secuelas.

Fístula Salival.

Es una rara complicación y aparece en la parotidectomías superficiales o incompletas por tumores benignos y quistes parotídeos; es rara en extremo en las parotidectomías totales, Se manifiesta por drenaje de saliva por algún sector de la herida o por el orificio en alguna parte del colgajo de piel que cubre el área parotídea. La incidencia es de alrededor del 3%.

Por lo general, cierran de modo espontáneo, cuando se hacen crónicas y persisten activas por varias semanas y meses, generan alteraciones locales en la piel que rodea al orificio fistuloso por la irritación del líquido salival.

Las fistulas crónicas requieren tratamientos médicos y/o quirúrgicos hasta la curación definitiva.

Tanto la producción como la curación final de las fistulas crónicas dependen de una serie de factores que pueden ser prevenidos o no, la viabilidad y expeditibilidad del conducto de Steno tiene enorme importancia en la cronicidad de una fistula salival. Si este se halla expedito, permitirá el drenaje salival normal hacia la boca evitando que se acumule por detrás de él, es decir en la loge quirúrgica.

Es fundamental que se cumpla el concepto antes mencionado cuando se implementa cualquier tratamiento para la fistula, ya que el conducto debe estar libre y con buena funcionalidad para desviar la saliva por su cauce natural ya que la fistula se ha cerrado, de lo contrario la posibilidad de recurrencia está presente.

Por otra parte, la fibrosis crónica que engloba el área secretoria glandular y que rodea el trayecto y el orificio de la fistulas, impide la adherencia de los bordes y superficies involucradas por lo que la fistula persiste activa sin viso de oclusión.

Numerosos tratamientos han sido propuestos para la curación definitiva de este tipo de fistula salival. Todos los tratamientos tienden a cumplir con dos objetivos: 1) disminuir la secreción salival y 2) cerrar los tejidos fistulosos. La radioterapia superficial baja dosis ha sido usada con éxito para disminuir la actividad secretoria glandular; pero no se la aconseja por el secundarismo de esta terapia, incluso la carcinogénesis.

En nuestra experiencia, el uso de atropina por vía endobucal ha sido efectiva para disminuir la producción de saliva reduciendo el flujo de la fistula. No obstante, se la ha complementado con el curetaje del trayecto fistuloso con el objeto de crear una superficie cruenta que permita la adherencia de las superficies. Dicha adherencia se consigue no solo con la reducción de la secreción salival subsecuente, sino también con la ayuda de la presión de un vendaje externo mantenido por 48 horas a 72 horas.

En algunos casos cuando los tratamientos mencionados fracasan, la parotidectomía total con conservación del nervio facial es el método más efectivo para la curación definitiva del problema. No obstante, la principal objeción a este método es el riesgo que corre el nervio facial durante la disección e identificación del mismo, dado las características de fibrosis y cicatrización crónica.

Complicaciones Tardías:

Síndrome de Frey.

Es una frecuente complicación de la cirugía de la glándula parótida e incluso de cualquier cirugía a nivel del gonion y de la rama vertical de la mandíbula, de la articulación temporomandibular y de la arcada zigomática. La incidencia de la misma ha sido reportada muy variada entre 10 y 60%.

El diagnóstico precoz y preciso depende del control estricto y de la capacidad del cirujano para investigar y preguntas sobre síntomas y signos postoperatorios. Los síntomas se desarrollan por lo general después de un periodo latente de varios meses o 1 año postcirugía. También ha sido reportado el desarrollo de síntomas después de más de 10 años de la parotidectomía.

Esta complicación ocurre por la regeneración aberrante de las fibras nerviosas parasimpáticas post ganglionares, transportada en el nervio auriculotemporal, desde el ganglio ótico a la parótida y a las fibras post ganglionares simpáticas lesionada que inervan las glándulas sudoríparas de la piel.

En nuestra experiencia muchos pacientes toleran los síntomas del síndrome y a veces el interrogatorio exhaustivo y preciso permite alcanzar al diagnóstico.

La prevención del mismo es casi imposible. Sin embargo, algunos autores han reportado una incidencia más baja con la construcción de un colgajo de piel grueso cuando se realiza la exposición de la glándula parótida.

La incidencia ha sido del 2.6% con un colgajo grueso comparada con el 12.5% con un colgajo más fino.

El síntoma fundamental es la transpiración de la piel del área de la parotidectomía, cuando se produce la masticación; puede manifestarse con cualquier comida pero en especial con aquellas que son estimulantes de la salivación como las ácidas. La confirmación del diagnóstico se hace con facilidad mediante el Test de Minor.

Este test se realiza mediante la aplicación sobre la piel de la mejilla, preauricular y submandibular de una solución salina iodada con 3 grs. de yodo, 20 grs. de aceite y 200 ml. de alcohol. Luego que la solución es aplicada se espera que se seque y se coloca talco sobre el área en cuestión. Se le da al paciente una sustancia que produzca una fuerte estimulación de la saliva, como por ejemplo caramelos de limón. Si el síndrome está presente en el área encalada, se tiñe de color marrón oscuro o azul oscuro por la acción de la transpiración de las glándulas sudoríparas que no cuentan con una inervación fisiológica y responden de forma anómala al estímulo de la salivación y como resultado del contacto con el yodo.

La positividad de este test es superior al 95%, y debe hacerse siempre que se sospeche el Síndrome de Frey en el postoperatorio de las parotidectomías. Una vez diagnosticado este síndrome debe implementarse un tratamiento efectivo y duradero; existen numerosos tratamientos y como tal, ninguno ha demostrado una efectividad persistente y segura.

Uno de los tratamientos usados con más frecuencia es la medicación anticolinérgica ya que la inervación simpática postganglionar es colinérgica y no adrenérgica, y, de esa manera, se puede bloquear la respuesta anómala de las glándulas salivales.

El uso de un colgajo del músculo esternocleidomastoideo como método preventivo para la aparición del síndrome ha sido reportado como inefectivo y por lo tanto ha caído en desuso.

La corrección quirúrgica de este síndrome incluye la interposición de tejidos entre el colgajo de piel de la región parotídea y la glándula parótida con el objeto de interrumpir la innervación anómala de las glándulas sudoríparas de la región. El colgajo libre de fascia lata o de cualquier parte del organismo como la del musculo temporal ha sido usado y reportado como muy efectivo.

En nuestra experiencia, hemos usado colgajos libres dermograsos extraídos de la región inguino-abdominal e interpuesta entre la piel y la glándula parótida. De 28 pacientes tratados con este método, la efectividad fue del 8% y la duración de la respuesta clínica fue mayor a los 5 años en el 85% de los casos. En el resto, el 15%, la sintomatología del síndrome se recuperó entre 1 a 2 años del postoperatorio.

El uso de la toxina botulínica tipo A ha sido reportada como efectiva en el tratamiento de este síndrome, pero su efecto es temporal y por lo general dura entre 6 meses a 1 año. Este tratamiento consiste en inyectar en la piel donde se producen los síntomas y signos del síndrome, entre 30 a 50 unidades de toxinas botulínicas tipo A.

Disestesia del Nervio Gran Auricular.

Las alteraciones sensitivas generadas por la lesión del nervio gran auricular son frecuentes, sobre todo porque la rama anterior del mismo debe ser seccionada cuando se extiende el área de la glándula parótida, mientras se realiza la disección del colgajo de piel preparotídeo, o cuando se prepara el primer jalón anatómico que servirá para la identificación del tronco del nervio facial como es el borde anterior del musculo esternocleidomastoideo. La sección es necesaria para permitir la liberación completa del borde anterior del musculo esternocleidomastoideo y la resección de la glándula parótida

Todos los pacientes deben ser advertidos de la pérdida de la sensibilidad en la distribución del nervio gran auricular; la rama posterior del mismo puede ser preservada intacta ya que corre por encima del músculo esternocleidomastoideo y se dirige hacia la región pre o retroauricular. El área de disestesia o anestesia producida por la sección de la rama anterior del nervio gran auricular pierde relevancia con el correr de los meses, e incluso el paciente le quita importancia más allá de los 6 meses a 1 año postcirugía.

La falta de importancia por parte del paciente a dicho síntoma, se puede deber al acostumbramiento a la insensibilidad de la región o a la recuperación parcial o total de la sensibilidad por la anastomosis entre las diferentes ramas nerviosas sensitivas del área, como las del nervio trigémino y el plexo cervical superficial. Solo el 25% de los pacientes se han quejado de este síntoma en una amplia serie de pacientes presentados por Eddey.

Otra complicación inherente a la lesión del nervio gran auricular, es la formación de un neuroma de amputación en el extremo de los cabos nerviosos seccionados.

El diagnóstico es casi siempre clínico; el paciente refiere la aparición de un pequeño nódulo sobre el músculo esternocleidomastoideo que cuando se lo comprime transmite un dolor que se irradia hacia la oreja, hacia la mejilla o hacia la región retroauricular. Por lo general, los nódulos son pequeños no más de 1cm de diámetros, pero tiene la característica importante de producir dolor cuando son palpados.

Eddey reporto una incidencia de casi 4% de formación de neuromas después de una parotidectomía.

Recurrencia Tumoral.

La recurrencia tumoral, como es lógico, es mayor en el caso de los tumores malignos que en los benignos. Las recurrencias tumorales les están de manera directa relacionada con el grado de malignidad del tumor, el estado TNN en que se encuentren, su gradación histopatológica y la extensión a las regiones vecinas. Algunos autores han reportado beneficios con el uso de la radioterapia postoperatoria en el caso de los tumores malignos cuando se compara con la cirugía como único tratamiento.

Otro dato interesante del estudio de la evolución de los pacientes operados, refleja que la recidiva tumoral aparece más precoz en el caso de las enucleaciones que en el caso de las parotidectomías formales.

La recidiva de los tumores mixtos de parótidas es de gran importancia porque está asociada a cambios de la conducta biológica de los mismos, como por ejemplo:

- 1) La recidiva, por lo general, es múltiple con varios nódulos, pequeños y diseminados en el campo operatorio.
- 2) La reoperación por la recidiva tumoral aumenta el riesgo de lesión del nervio facial ya que la fibrosis de la cirugía previa y la vecindad de la recidiva sobre las ramas nerviosas, hacen difícil su extirpación sin poner en riesgo la integridad del nervio.
- 3) Agresividad local y posibilidades de malignizarían son fenómenos demostrados por muchos autores (y también en nuestra experiencia) en las recidivas de estos tumores.
- 4) La recurrencia no solo ocurre sobre el resto glandular sino que puede hacerse evidente en los tejidos vecinos como músculos maceteros temporal, articulación temporomandibular, base de cráneo y tejidos blandos como la piel del colgajo de la parotidectomía.
- 5) La recidiva ocurre con más frecuencia cuando la ruptura intraoperatoria del tumor ha posibilitado la "siembra" de células tumorales en el campo operatorio.

- 6) La existencia de una primera recurrencia tumoral está mostrando la posibilidad de próximas recidivas postquirúrgicas ya que las posibilidades de nuevas recidivas aumenta de modo notable.

Cuando el cirujano reopera a un paciente con recurrencia tumoral, siempre debe explorar todo el área quirúrgica dadas las características de multicentricidad de la recidiva de estos tumores. Como consecuencia de este concepto y de la mayor posibilidad de la aparición de nuevas recidivas secundarias, el tratamiento aconsejable para las recidivas primarias es la parotidectomía total con conservación del nervio facial.

Cuando las posibilidades de una recepción completa y efectiva desde el punto de vista oncológico está asociado a la extirpación del tronco o de algunas de las ramas del nervio facial.

Algunos autores han reportado tratamientos exitosos mediante el uso de la radioterapia para el control de la recidiva de los adenomas pleomorfos.

Cicatrices Patológicas.

Las cicatrices que devienen de la incisión de la parotidectomía de Avelino Gutiérrez modificada por Finochietto, por lo general no presentan alteraciones patológicas como hipertrofia, queloides, cambios de coloración o distensión.

La depresión tisular en el área de la parotidectomía, en la región preauricular que se produce como consecuencia de la extirpación de la glándula y el tumor, puede acompañarse de cicatrices deprimidas y hundidas que son el resultado de la falta de tejido más que por alteración directa de la cicatriz.

El control clínica de la cicatriz tiene más valor para la detección de recidivas tumorales en el espesor de la misma que para determinar alteraciones estéticas.

En definitiva, la cicatriz de la parotidectomía de la incisión de Avelino Gutiérrez modificada por Ricardo Finochietto es imperceptible y el resultado estético es excelente.

Deformidades auriculares.

Las deformidades auriculares son complicaciones raras, pero cuando aparecen, afectan el tercio inferior de la oreja con preferencia y se asocian a la depresión tisular dejada por la resección de la glándula parótida y el temor. La falta de tejido preauricular deprime esa área hundiendo el lóbulo de la oreja, arrastrándola hacia la base del cráneo, dando la sensación que se hunde hacia la columna cervical.

Esta deformidad es corregida mediante el relleno de la cavidad parotídea usando colgajos vecinos como el músculo esternocleidomastoideo o colgajos microquirúrgicos músculo dérmico o muscular puros. También han sido descritos rellenos con injertos dermograsos obtenidos de la región inguinal o el uso de material aloplástico como el injerto de dermis human acelular (aloderm) todos con buenos resultados estéticos y funcionales.

Diseño metodológico (material y método)

Área de estudio

Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez

Periodo de estudio

Enero del 2007 a Diciembre del 2011.

Tipo de estudio

Este es estudio de tipo serie de casos y puede clasificarse como observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

Universo y muestra:

Universo

Por las características del estudio, no es posible identificar a todos los pacientes o potenciales pacientes. Sin embargo es posible definir un universo teórico de magnitud desconocida, de la siguiente forma: todos los pacientes con diagnóstico de neoplasia benigna de parótida, en los que se les realiza parotidectomía superficial en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez.

Muestra

La muestra está conformada por todos los pacientes con neoplasia benigna de parótida sometidos a parotidectomía superficial, atendidos en el servicio de cirugía máxilo facial del HEDRCG, de Enero del 2007 a Diciembre del 2011; que cumplieron con los criterios de selección establecidos para esta investigación, durante el periodo seleccionado. Debido a que solo se identificaron 39 pacientes se decidió investigarlos a todos.

Unidad de estudio y fuente información

La unidad de estudio está representada por los paciente y la fuente de información está representada por el expediente clínico.

Criterios de selección

Criterios de Inclusión

1. Pacientes de 15 años o más.
2. Pacientes atendidos en los 5 años del estudio.
3. Pacientes con diagnóstico histopatológicos de lesiones benignas de parótida.
4. Pacientes sometidos a parotidectomía superficial.

Criterios de Exclusión

1. Pacientes que se le realiza parotidectomía superficial por recidiva tumoral.
3. Pacientes sometidos a parotidectomía superficial bilateral.
4. Pacientes sometidos a otros tipos de abordajes quirúrgicos de parótida.
5. Expedientes incompletos o pasivos.

Procedimiento para la recolección de datos

Definición de caso

Pacientes con neoplasia benigna de parótida confirmada por histopatología, sometidos a parotidectomía superficial, atendido en el servicio de cirugía máxilo facial del HERCG, de enero del 2007 a Diciembre del 2011

Procedimiento para identificar los casos

Se consultó la base de datos (libro de registro) del servicio de estadística, sala de operaciones y del servicio de cirugía maxilofacial. En esta fase se aplicaron los criterios de inclusión.

Una vez identificado los casos probables, se hizo un listado con el número de expediente, y estos fueron solicitados al servicio de estadística para su posterior revisión. Durante esta fase se aplicaron los criterios de exclusión.

Ficha de recolección de la información

Se diseñó una ficha de recolección de datos, que estuvo conformada por varias secciones, la primera por datos generales del paciente; seguido de los antecedentes (los antecedentes personales patológicos y no patológicos), hallazgos clínicos, posteriormente se describe el tipo de intervención y hallazgos transoperatorios, tiempos claves, y por último las complicaciones.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información

Creación de base de datos

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento fue introducida en una base de datos utilizando el programa SPSS 19.0 versión para Windows (IBM SPSS 2010)

Estadística descriptiva

Las variables son descritas usando los estadígrafos correspondientes a la naturaleza de la variable de interés (si eran variables categóricas o variables cuantitativas)

VARIABLES CATEGÓRICAS (CONOCIDAS COMO CUALITATIVAS):

Se describen en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos son mostrados en tablas de contingencia. Los datos son ilustrados usando gráficos de barra y pastel.

VARIABLES CUANTITATIVAS:

Para variables cuantitativas se determinaron estadígrafos de tendencia central y de dispersión. Los estadígrafos utilizados están en dependencia del tipo de distribución de los valores de la variable (normal o no normal- asimétrica).

Para variables con distribución normal se usa la media (promedio) y la desviación estándar (DE). Para variables con distribución asimétrica se usan mediana, rango. Las variables cuantitativas están expresadas en gráficos histograma.

Para el análisis descriptivo de las variables se usó el programa estadístico de SPSS 19.0.

ESTADÍSTICA ANALÍTICA

En este estudio la estadística analítica se presenta dividida en dos componentes:

- a. Evaluación de la asociación:
 - i. Para explorar la asociación entre dos variables categóricas se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2).
 - ii. Para evaluar la asociación entre una variable categórica y una variable cuantitativa se utilizó la prueba de ANOVA y la prueba de T de Student.

iii. Para evaluar la relación entre dos variables cuantitativas se usó la prueba de correlación de Chi-Cuadrado.

b. Estimación del intervalos de confianza del 95%

Se considera que una asociación o diferencia fue estadísticamente significativa, cuando el valor de p es <0.05 . Las pruebas estadísticas para contraste de hipótesis se llevan a cabo a través del programa SPSS 19.0

Listado de variables y cruce de variables

Edad

Procedencia.

Estado Civil

Religión

Ocupación.

Escolaridad

Sexo

Métodos diagnósticos

Antecedentes Personales No Patológicos

Antecedentes Personales Patológicos

Hallazgo clínicos pre quirúrgicos

Tamaño del tumor

Hallazgos transquirúrgicos

Tipo de incisión.

Complicaciones trans y post quirúrgicas

Tiempo evolución de la lesión

Tiempo quirúrgico de cirugía

Tiempo postquirúrgico

Tiempo de seguimiento

Tiempo de resolución de la lesión

Cruce de variables

Complicaciones / Edad

Complicaciones / Procedencia

Complicaciones / Estado Civil

Complicaciones / Religión

Complicaciones / Ocupación.

Complicaciones / Escolaridad

Complicaciones / Sexo

Complicaciones / Antecedentes Personales No Patológicos.

Complicaciones / Antecedentes Personales.Patológicos.

Complicaciones / Hallazgo clínicos pre quirúrgicos

Complicaciones / Hallazgo transquirúrgicos

Complicaciones / Tipo de incisión. Complicaciones

/ Tiempos de seguimiento: Complicaciones /

Tiempo quirúrgico de cirugía Complicaciones /

Tiempo posquirúrgico Complicaciones / Tiempo de

evolución de la lesión Complicaciones / Tiempo de

resolución de la lesión

Operacionalización de las variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el Nacimiento, hasta el momento de la realización de la cirugía en años.	Grupos atáreos	15- 19 años 20- 34 años. 35- 49 años 50– 60 años Más de 60
Religión	Conjuntos de creencias, dogmas acerca de la divinidad	Según respuesta registrada en el expediente clínico.	Católica Evangélica Testigo de Jehová Adventista Morava Otra Ninguna
Estado Civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles.	Según respuesta registrada en el expediente	Casado Unión libre Viudo Divorciado Soltero
Sexo	Según, sexo biológico	Según respuesta registrada en el expediente	Femenino Masculino
Ocupación	Profesión u oficio que desempeña	Actividad Labora.	Estudiante Empleado público Ama de casa Agricultor Trabajador por cuenta propia Jubilado
Procedencia	Zona Geográfica de origen o residencia actual	Lugar geográfico de residencia actual descrito en el expediente clínico	Urbano. Rural
Escolaridad	Conjunto de cursos que realiza el estudiante en un establecimiento docente	Según respuesta registrada en el expediente	Analfabeta Alfabetizado Primaria completa Bachiller Técnico medio Universitario

Antecedentes No Patológicos Personales	Todas aquellos hábitos acostumbrado realizar por el individuo que pueden perjudicar la Salud	Registrado en la historia clínica por los médicos tratantes	Fumado. Alcohol. Drogas
Antecedentes Patológicos Personales	Son todas aquellas patología ya diagnosticadas	Registrado en la historia clínica por los médicos tratantes	Diabetes HTA Cardiopatías Otras
Hallazgo Clínicos pre quirúrgicos	Características clínicas Propias de la lesión	Registrado en la historia clínica por los médicos tratantes	Indurado Móvil/Fijos Circunscrito Parálisis facial Doloroso Infección local No descrito
Hallazgo Clínicos Trans quirúrgico	Descripción de estructuras ,Normales anormalidades, encontrada	Registrados en la nota operatoria por el operador	Identificación del Nervio Facial Diseción del nervio facial Nervio facial indemne Se lesionó el nervio facial No descrito
Tipos de incisión	Referente al abordaje quirúrgico y la incisión en la piel	Registrados en la nota operatoria por el operador	En "Y" de Martin En "S" Itálica Incisión de Blair Incisión de Finochietto Preauricular con descarga cervical Otras
Complicaciones	Son todos los eventos no deseados, que se presentan desencadenados de una intervención y/o procedimiento	Trans quirúrgicas.	Lesión del Nervio facial
			Hemorragias
			Lesión del conducto auditivo externo Otras

		Post operatorias Inmediatas	Infección Otitis externa Necrosis de Piel Sialocele Fístula de saliva Otras
		Post-Operatorios Tardías	Parálisis facial transitoria Parálisis facial permanente Síndrome de Frey Disestesia del Gran Auricular Recurrencia Tumoral Cicatriz Patológica Deformidades Auriculares Otras
Tiempo quirúrgico de cirugía	Tiempo de duración de la cirugía en minutos	Reportada en minutos en el expediente clínico	Menos de 120 minutos. 120 – 180 minutos. Más de 180 minutos
Tiempo de evolución de la lesión	Tiempo de aparición de la lesión hasta que fue operada.	Tiempo en años	0-5 años 6- 10 años Más de 10 años.
Tiempo post operatorio.	Tiempo desde que se operó hasta el momento del estudio.	Tiempo en años	0- 0.25 años 0.25- 0.5 años 0.5-1 año 1-5 años
Tiempo de seguimiento.	Tiempo que transcurre desde que el paciente se operó, se le dió seguimiento hasta su alta	Según controles de citas posquirúrgicas anotadas en el expediente clínico	0-0.25 años 0.25-0.5 años 0.5-1 año 1-5 años
Tiempo de resolución de la lesión	Tiempo transcurrido desde que se identificó una complicación , hasta su resolución	Registrado en la historia clínica por los médicos tratantes	0- 0.25 años 0.25- 0.5años 0.5- 1 año 1- 5 años

Resultados

Cuadro No. 1 Se describen sexo, escolaridad, ocupación, religión, estado civil y procedencia.

En el sexo hubo un ligero predominio del femenino con 21 casos que equivale al 53,84% contra 18 masculino representa 46,86%. En la escolaridad el grupo de primaria el más frecuente con 22 casos para 56,41%; seguido del grupo bachiller con 8 casos equivalente al 20,51%. Los otros grupos fueron analfabetas con 3 casos equivalente al 7,69%, frecuentes fueron alfabetizados, técnicos y universitarios con 2 casos cada uno equivalente a 5,12% respectivamente. En ocupación el empleado público y ama de casa fueron los más frecuentes con 13 y 12 casos que representan el 33,3% y 30,8% de los respectivamente; seguido del trabajador por cuenta propia con 9 equivalente a 23,07%. Los menos frecuentes fueron estudiante y agricultor con 2 casos percápita y jubilado con 1 caso equivalentes a 5,12%, 5,12% y 2,56% respectivamente. La religión las más frecuentes fueron la católica con 18 y evangélica con 16 equivalente a 46,15% y 41,02% respectivamente. Hubo gran diferencia respecto a los grupos de otra religión con 2 casos, ninguna religión con 2 casos y adventista con 1 caso que equivalen al 5,12%, 5,12% y 2,56% respectivamente. En estado civil fue más frecuente el grupo de casado con 16 equivalente a 41,02%; seguido de soltero con 10 equivalente 25,64%; y unión libre con 9 que representa 23,07%. El grupo menos frecuente fue el de viudo con 1 caso 2,56%. En la procedencia predominó el grupo de urbano con 33 casos 84,61% con respecto a rural con 6 casos equivalente a 15,39%.

Cuadro No. 2 Se describen los antecedentes personales no patológicos y frecuencia. Predominó el grupo de alcohólicos con 13 casos equivalentes a 52,0% del total que tiene antecedentes. Seguido de fumadores con 11 casos para 44,0%. El grupo que consumen drogas ilegales solamente 1 caso que representa únicamente el 4,0% del total que tienen antecedentes.

Cuadro No. 3 Se describen los antecedentes personales patológicos

Se representan los antecedentes personales patológicos y se encontraron el grupo con hipertensión con 5 casos equivalente 55% del total que presentaron antecedentes patológicos. Los diabéticos fueron 3 casos equivalente a 33,3% y solamente 1 caso con cardiopatía equivalente a un 11,1% del total que presentaron antecedentes patológicos. Solo fueron 9 casos de antecedentes del total de pacientes estudiados equivalente a 23,97%.

Cuadro No. 4 Hallazgos clínicos del tumor.

El hallazgo clínico más frecuente fue móvil con 36 casos equivale a decir que 92% del total estudiados. Indurado en 32 casos representa el 82% del total. Se encontraron 20 casos circunscritos equivale a 51,3% del grupo en estudio. El hallazgo clínico menos frecuente fue el dolor con 15 casos lo que representa 38% del total de tumores examinados. En total se encontraron 103 hallazgos clínicos.

Cuadro No. 5 Hallazgos transquirúrgicos y frecuencia.

El la identificación del nervio facial: se identificó en 28 casos equivalente a 71,8% del total operados. Un caso se reportan que no se logró identificar el nervio facial que representa el 2,6 % del total intervenido. En 10 casos no se reporta en la nota operatoria, lo que equivale a 25,6 %. En la disección del nervio facial: fue disecado en 30 casos equivale a 76,9% y solamente en un caso no fue identificado que representa únicamente 2,6% del total posibles.

En 8 casos no se reporta en la nota operatoria, lo que equivale a un 20,5% del total intervenido. El nervio facial indemne: Se reporta en la nota operatoria que en 38 casos el nervio facial quedó indemne que equivale a 97,4% de los operados. No se reporta 1 caso que representa 2,6%.

Cuadro No. 6 Tipos de incisión y frecuencia en abordaje parotidectomía superficial.

Incisión preauricular con descarga cervical fue la más realizada con 17 casos para 43,6%, seguida de incisión en "Y" Martin con 6 casos para 15, 4%, las menos frecuentes fueron: En "S" con descarga cervical, En "S" Itálica con extensión cervical, En "Y" Martin con descarga cervical y pre auricular con extensión sub mandibular con 1 caso cada uno para 2,6%. Cabe señalar que estas incisiones se anotaron tal y como están anotadas en la nota operatoria. Quizás se trate de la misma incisión cuando se refiere a pre auricular, preauricular con descarga cervical, preauricular con extensión submandibular y preauricular de Bair. La incisión en "S" Itálica y "S" Itálica con descarga cervical. Igual con las incisiones en "Y" Martin y en "Y" Martin con descarga cervical. Si fuese así tenemos 3 tipos de incisiones: En "S" Itálica, En "Y" Martin y preauricular de Blair.

Cuadro No. 7 Tamaño del tumor en cm.

El tumor de mayor tamaño de 8x6cm y el de menor tamaño fue de 3x2 cm. Con una media de

Un total de 20 tumores (51.3%) fueron menores de 5 cm. El resto 19 (48,7%) fueron entre 5 a 8 cm. En cuanto a la frecuencia el tamaño 3x2 cm fue el más frecuente con 8 casos para 20,5%, seguido de 4x3 cm con 5 casos para 12,8%. Los menos frecuentes fueron 8x6cm, 7x3 cm, 5x2 cm, 4x4x4 cm y 4x4x3 cm con un caso cada uno para 2,6%.

Se anotaron las dimensiones según nota operatoria, como se observa unos fueron descritos tridimensionalmente y la mayoría bidimensional.

Tabla No. 8 Pacientes que presentaron al menos una complicación. Un total de 16 pacientes presentaron al menos una complicación para un 41,0%. El resto 23 pacientes para un 59,0% no tuvieron ninguna complicación.

Cuadro No. 9 Complicaciones y frecuencia.

De los 20 casos de complicaciones encontradas, la más frecuente fue la parálisis facial transitoria con 11 casos, lo que representa el 55,0% en base al total de complicaciones. A su vez representa el 28,2% del total de cirugías realizadas; seguida de la parálisis facial permanente con 3 casos, esto equivale al 15,0% de las complicaciones. En relación al total de cirugías representa el 7,69%. Otras complicaciones menos frecuentes fueron la fístula salival con 2 casos equivalentes al 10,0% de las complicaciones, la lesión del nervio facial, infección del sitio quirúrgico, síndrome de Frey y cicatriz patológica todas con 1 caso que representa 5,0% respectivamente.

Cuadro No: 10 Diagnósticos citológicos (BAAF) en relación a la frecuencia.

Se realizó estudio citológico a 35 pacientes de los 39 que fueron operados esto representa el 89.74% del total de la muestra, se observa que el adenoma pleomorfo fue también el diagnóstico de mayor frecuencia con un total de 15 casos en parótida derecha y 7 casos en parótida izquierda, esto suma 22 casos que representan el 62.85 % del total de pacientes que se realizaron citología. Neoplasia epitelial benigna parótida izquierda con 2 casos (6.25%), Nódulo hiperplásico con degeneración quística (2.85%%), Oncocitoma parótida izquierda(2.85%), Quiste linfoepitelial benigno parótida izquierda(2.85 %),

Sialoadenitis crónica inespecífica parótida derecha(2.85%), Sialoadenitis crónica inespecífica parótida izquierda (2.85%), Tumor epitelial benigno parótida izquierda(2.85%) Tumor mixto maligno parótida derecha (2.85%), Tumor Warthin parótida izquierda (2.85%).

Cuadro No.11. Diagnósticos histopatológicos definitivo y frecuencia.

Al momento de analizar los resultados histológicos de las muestras obtenidas de los pacientes se observa que el Adenoma Pleomorfo fue el diagnóstico de mayor frecuencia con 30 casos ,equivalentes al 76,92% , de estos 20 casos fueron en la parótida derecha y 10 en la parótida izquierda ; Tumor de Warthin unilateral izquierdo con 3 casos equivalentes al 7.7% ; Linfadenitis crónica parótida derecha con 2 casos equivalentes al 5.1% y los diagnósticos menos frecuentes con 1 caso cada uno equivalentes 2.56 % respectivamente fueron : Oncocitoma parótida izquierda, Hidrocistoma ecrino benigno parótida derecha, Parótida izquierda sin evidencia de neoplasia, Quiste linfoepitelial benigno parótida izquierda.

Cuadro No.12 Relación Edad y tiempos claves.

El paciente de menor edad 15 años y de mayor edad 85 años, con una media es de 45,6 años. Tiempo de evolución del tumor al momento del examen clínico un mínimo de 0.25 años y un máximo de 15 años, con una media de 4,6 años. Tiempo quirúrgico de la cirugía el mínimo 20 minutos y el máximo 345 minutos, con una media de 124 minutos. Tiempo posoperatorio con un mínimo de 0.5 años y un máximo de 5 años que es el período del estudio, con una media de 2,55 años. Tiempo de seguimiento con un mínimo de 0,2 años y un máximo de 1,5años, con una media de 0,41 años. Tiempo de resolución de la parálisis facial transitoria con un mínimo de 0,25 años y un máximo de 1,5 años, con una medio de 0,47 años.

Cuadro No. 13 Complicaciones y sexo. Se presentaron 7 tipos de complicaciones. Lesión del nervio facial se presentó 1 caso y fue masculino, Infección del sitio quirúrgico 1 caso y fue femenino, Fístula salival se presentaron 2 casos, 1 caso masculino y 1 caso femenino, Parálisis facial transitoria se presentaron 11 casos, predominando el sexo femenino con 8 casos equivale 72,7% contra 3 en masculino representa 27,3%. Parálisis facial permanente se presentaron 3 casos, todos en sexo femenino (100%). Síndrome de Frey 1 caso y se presentó en el sexo masculino. Cicatriz patológica 1 caso y fue en el sexo masculino.

Cuadro No 14: Complicaciones y escolaridad. Se presentaron 7 tipos de complicaciones. Lesión del nervio facial se presentó 1 caso y fue en el grupo de primaria, infección de sitio quirúrgico se presentó 1 caso y fue en el mismo grupo de primaria, Fístula salival se presentó en 2 casos y los 2 fue en el grupo de primaria, Parálisis facial transitoria se presentaron 11 casos y se distribuyen 3 casos en analfabetas, equivale 27,3%, 6 caos en primaria, equivale a 54,5%, y 1 caso en bachiller y 1 caso en universitario, equivale 9,1% y 9,1% respectivamente; Parálisis facial permanente 3 casos, distribuidos 1 caos cada uno en los grupos analfabeta, primaria y bachiller, equivale 33,3%, 33,3% y 33,3% respectivamente. Síndrome de frey 1 caso en el grupo analfabeta y Cicatriz patológica 1 caso en el grupo primaria.

Cuadro No. 15: Complicaciones y ocupación. Se presentaron 7 tipos de complicaciones. Lesión del nervio facial 1 caso en trabajador por cuenta propia; infección de sitio quirúrgico 1 caso en ama de casa, fístula salival 2 casos, 1 caso en empleado público y 1 caso en ama de casa. Parálisis facial transitoria 11 casos, distribuidos 5 casos en ama de casa, equivale 45,5%, seguido 4 casos en empleado público, equivale 36,4% y 2 casos en trabajador por cuenta propia, equivale 18,2%; Parálisis facial permanente 3 casos, todos en el grupo ama de casa; Síndrome de frey 1 caso en el grupo empleado público; Cicatriz patológica 1 caso en trabajador por cuenta propia.

Cuadro No. 16: Complicaciones y procedencia. Se presentaron 7 tipos de complicaciones. Lesión del nervio facial 1 caso en urbano; infección de sitio quirúrgico 1 caso en urbano; Fístula salival 2 casos en urbano; Parálisis facial transitoria 11 casos, distribuidos 10 en urbano, equivale 90,9% y 1 caso en rural, equivale 9,1%; Parálisis facial permanente 3 casos, 2 caso en urbano, equivale 66,6% y 1 caso en rural, equivale 33,3%; Síndrome de Frey 1 caso en grupo urbano y Cicatriz patológica 1 caso en urbano también.

Cuadro No. 17: Complicaciones y hallazgos clínicos. Se presentaron 7 tipos de complicaciones. Lesión del nervio facial 1 caso en indurado, Móvil y circunscrito. Infección de sitio quirúrgico 1 caso y se presentó en indurado, móvil y circunscrito. Fístula salival 2 casos, 2 en indurado, 2 móvil y 1 circunscrito, el otro no descrito; Parálisis facial transitoria 11 casos, distribuidos 10 en indurados, equivale 90,9%, 11 en móvil equivale 100%, 6 en circunscritos, representa 54,5% y 4 en dolor, equivale 36,4%; Parálisis facial permanente 3 casos, distribuidos 1 en indurado equivale 33,3%, 3 en móvil, representa 66,7% , 2 en circunscrito, equivale 66,7% y 1 caso en dolor equivale 33,3%. Síndrome de Frey 1 caso, 1 en móvil únicamente; Cicatriz patológica 1 caso, en indurado y en móvil.

Cuadro No. 18: Complicaciones y antecedentes personales patológicos. Se observa que la Parálisis facial transitoria es la única complicación que se presentó en éstos pacientes con enfermedades crónicas. Se presentaron 2 casos en diabéticos y 2 casos en Hipertensos, esto equivale 66,6%, 66,6% respectivamente en base a las complicaciones presentadas en dichos grupos.

Cuadro No. 19: Complicaciones y Hábitos tóxicos. Se describen 4 tipos de complicaciones relacionadas con hábitos tóxicos. Fístula salival se presentó 1 caso en alcohólico y en fumador; Parálisis facial transitoria 2 casos, equivale 66,6%, los 2 casos se presentaron en alcohólicos y 2 casos en fumador; Síndrome de Frey 1 caso, que se presentó en alcohólico y en fumador; Cicatriz patológica 1 caso, se presentó en alcohólico y en fumador.

Cuadro No. 20: Complicaciones y diagnóstico definitivo. (Diagnósticos: 1 adenoma Oxifílico; 2 Adenoma pleomorfo, 3 Hidrocistoma Ecríno, 4 Linfadenitis Crónica, 5 Quiste linfoepitelial y 6 Tumor de Warthin.

Se presentaron 7 tipos diferentes de complicaciones. Lesión del nervio facial 1 caso en el Adenoma pleomorfo; Infección de sitio quirúrgico 1 caso y se presentó en Adenoma pleomorfo; Fístula salival 2 casos, ambos en Adenoma pleomorfo; Parálisis facial transitoria 11 casos, distribuidos de la siguiente forma.: 9 casos en Adenoma pleomorfo, equivale 81,8%, 1 caso en Adenoma Oxifílico y 1 caso en Tumor de Warthin, equivale 9,1% y 9,1% respectivamente; Parálisis facial permanente 3 casos, todos en Adenoma pleomorfo, equivale a 100%; Síndrome de Frey 1 caso en Adenoma pleomorfo y Cicatriz patológica 1 caso en Adenoma pleomorfo.

Cuadro No. 21: Se evaluó la asociación entre variables categóricas y se aplicaron pruebas de significancia observándose los siguientes resultados:

Sexo 0.6310, Escolaridad 0.0000, Ocupación 0.0003, Religión 0.0000, Estado civil 0.0586, Procedencia 0.0000, Indurado 0.0001, Móvil 0.0000, Parálisis 0.0000, Circunscrito 0.0002, Dolor 0.1495, Lesión del nervio facial 0.0000,

Rama del nervio facial 0.0000, Infección del sitio quirúrgico 0.0000, Fístula 0.0000.

Parálisis Facial transitoria 0.0065, Parálisis Facial permanente, 0.0000, Síndrome de Frey 0.0000, Cicatriz 0.0000, Diabetes 0.0000, HTA 0.0000 Cardiovasculares 0.0000, Alcohol 0.0374, Fumado 0.0065, Drogas, 0.0000

Cuadro No. 22: En este cuadro observamos que únicamente hay asociación entre el tiempo transquirúrgicos y la ocurrencia de complicaciones. No se observaron otras asociaciones con el resto de tiempos claves durante el manejo de los pacientes.

Discusión:

El propósito de estudio era obtener información basada en la experiencia local en nuestro hospital en relación a las características clínicas y la ocurrencia de complicaciones en pacientes intervenidos por parotidectomía superficial por patología benigna de parótida.

En general observamos que las complicaciones se presentan principalmente en el sexo masculino, en el grupo con antecedentes de enfermedades crónicas, se observó relación con los hábitos tóxicos como el fumar y el consumo de alcohol.

Los casos con complicaciones eran principalmente de escolaridad baja, del área urbana y con ocupaciones no definidas.

En el grupo de pacientes con tumores indurados y en los pacientes con dolor se presentó mayor número de complicaciones.

No se observó relación evidente entre los hallazgos transquirúrgicos y la ocurrencia de complicaciones.

En cuanto a los tiempos claves, solo hubo relación entre el tiempo quirúrgico de cirugía y la ocurrencia de complicaciones.

Auto-evaluación metodológica

Previo a la presentación de los argumentos que soportan los señalamientos anteriores, discutiremos algunos aspectos metodológicos relevantes para la interpretación de los resultados.

Esta tesis no pretende demostrar ninguna hipótesis, sino que quiere describir la experiencia local en cuanto a la patología de interés y la ocurrencia de complicaciones. A pesar de que los hallazgos observados en el estudio son claros y podrían sugerir una ocurrencia importante de complicaciones y potenciales factores realmente no podemos a partir del estudio realizar una adecuada inferencia por las limitantes de los estudios de serie de casos.

En relación a la representatividad del grupo de estudio, esta es evaluada a través de la validez y precisión de los parámetros evaluados. Sin embargo esta patología es de baja frecuencia por lo que no permite establecer una muestra con adecuada precisión o nivel de confianza. Pero esta es una limitante de todos los estudios de patologías de baja frecuencia en un solo hospital, por lo que esto se podría mejorar con la implementación de estudios multicéntricos.

En cuanto a la validez de los hallazgos esta está garantizada por el proceso de selección de los pacientes a ser incluidos en el estudio. Este proceso incluye el establecimiento de criterios claros de inclusión y exclusión y procedimientos transparentes de selección. Estas condiciones fueron alcanzadas en el estudio. Los criterios de selección utilizados nos permitieron obtener un grupo de pacientes similares a los pacientes que usualmente son intervenidos por la patología. En cuanto a las características generales de los casos en estudio podemos extraer las siguientes observaciones. En el sexo hubo un ligero predominio del femenino, con un 53,84% coincidiendo con la literatura que describe este mismo hallazgo. En la escolaridad predominaron los pacientes que concluyeron su primaria con un 56,41%, esto no tuvo relevancia con respecto a la ocurrencia de complicaciones. No obstante se puede concluir que hubo un alto nivel de escolaridad, ya que analfabetas y alfabetizados solamente se presentaron 5 casos que equivalen a un 12,82%.

En la ocupación predominó el grupo de ama de casa con 13 casos que equivalen a 33,33%, seguido del empleado público con 12 casos lo que representa un 30,76%. Tampoco tuvo incidencia en la aparición de lesiones en la parótida y tampoco en complicaciones.

En la religión se comportaron casi con la misma cantidad los católicos y evangélicos con 18 y 16 casos, equivalentes a 46,15% y 41,02% respectivamente. En el estado civil los casados fue el grupo mayoritario con 16 casos que representa 41,02%; seguido de los solteros con 10 casos equivale a 25,64%. El grupo unión libre con 9 casos representa 23,07%. En la procedencia hubo un amplio predominio de los pacientes del área urbana con 33 casos equivalente a 84,61% contra solamente 6 casos que representa 15,38%.

En cuanto a los antecedentes personales no patológicos. El grupo predominante fue los que ingieren alcohol con 13 casos equivalente a 52,0% respecto al total de pacientes con antecedente; Seguido de los fumadores con 11 casos que representan 44,0%, Solamente 1 caso consumía drogas, que equivale a 4% respecto al total de individuos con antecedentes patológicos.

En los antecedentes personales patológicos, se presentaron 9 casos en total que equivalen a 23,07% del total de pacientes; siendo el mayor grupo el de hipertensos con 5 casos equivalentes a 55,5% respecto al total de patologías; seguido de los diabéticos con 3 casos que representa el 33,3% respecto al total de patologías. Por último 1 caso de cardiopatía que equivale a 11,1% de todas las patologías. De los 3 grupos los diabéticos son los que se relacionan más con la aparición de complicaciones, debido a que la diabetes se asocia con las infecciones del sitio quirúrgico, según las literaturas consultadas.

El hallazgo móvil fue el más frecuente con 36 casos que equivale a 92,3% respecto al total en estudio. Seguido de indurado con 32 casos, lo que representa 82,05% del total de examinados. Seguido circunscritos con 20 casos, representa el 51,28% del total de tumores. El hallazgo clínico menos frecuente fue el dolor, que solo se presentó en 15 casos, que equivale a 38,46% del grupo en estudio. Podemos decir que los hallazgos clínicos encontrados son características de benignidad, coinciden con todas las literaturas consultadas.

Se identificó el tronco principal del nervio facial en 28 casos, equivale al 78,71%; un caso no se identificó, representa 2,56% y 10 casos no se reporta, que equivale al 25,64%. Se disecaron las ramas del nervio facial en 30 casos, representa 76,92%, un caso no se disecó, equivale a 2,56%. No se reporta 8 casos, representando 20,51% del total de operados. El nervio facial quedó indemne en 38 casos, equivale a 97,43%, se reporta 1 caso de lesión de una de las ramas del nervio facial, lo que representa 2,56% del total de pacientes.

Según el cuadro, se evidencia que no hay concordancia en los hallazgos transquirúrgicos, porque en 28 casos se identificó el nervio, en 30 se disecaron las ramas y dice que en 38 casos el nervio quedó indemne, concluyendo que no se describen adecuadamente los hallazgos en la nota operatoria, omitiendo datos importantes. La literatura menciona (O. Guerrissi) que el riesgo de lesión del nervio facial tiene relación con tumores de gran tamaño, que tomen el nervio facial, fijos y generalmente malignos.

En este estudio hubo predominio de la incisión Preauricular con descarga cervical con 17 casos, representa 43,58% del grupo de estudio; le sigue En "Y" de Martin con descarga cervical con 6 casos, que equivale a 15,38% del total de pacientes; le sigue la Preauricular con 4 casos, equivale a 10,25%; le sigue Preauricular de Blair con 3 casos, equivale a 7,69% de total operados. Cabe señalar que estas incisiones se anotaron según la nota operatoria. Quizás se trate de la misma incisión cuando se refiere a preauricular, preauricular con descarga cervical, preauricular con extensión submandibular y preauricular de Blair. La incisión en "S" Itálica y "S" Itálica con descarga cervical. Igual con las incisiones en "Y" Martin y en "Y" Martin con descarga cervical. Siendo así tenemos 3 tipos de incisiones: En "S" Itálica con descarga cervical, En "Y" Martin con descarga cervical y preauricular de Blair.

En cuanto al tamaño del tumor en cm. El tumor de menor tamaño es el de 3x2cm y a la vez es el más frecuente, con 8 casos, equivale a 20,5% del total de tumores. El tumor más grande midió 8x6cm y a la vez el menos frecuente junto a otros que miden 7x3cm, 5x2 cm, 4x4x4cm y 4x4x3cm con 1 caso cada uno para 2,56%, 2,56%, 2,56%, 2,56% y 2,56% respectivamente. Si observamos el cuadro, los tumores entre los tamaños 3x2cm y 5x5cm suman 30 casos, lo que representa el 76,92% del total. Los tumores entre los tamaños 5x5cm y 8x6cm son 9 casos, equivale a 23,07% del grupo es estudio.

Podemos concluir que los tumores benignos de glándula parótida y principalmente el adenoma pleomorfo frecuentemente alcanza un tamaño entre 3 a 5 cm de diámetro, según literatura consultada. Coincide con lo encontrado en este estudio. En el expediente no se anota el tamaño de forma tridimensional.

En relación a los pacientes que presentaron al menos una complicación. Un total de 16 pacientes presentaron al menos una complicación, que equivale a 41,0%. El resto de pacientes, 23 casos, no presentaron complicaciones, esto equivale a 59,0% del total de pacientes operados. La literatura no describe con exactitud el porcentaje total de complicaciones en el abordaje estudiado, sino los porcentajes de cada complicación. Complicaciones de la parotidectomía superficial.

Se presentaron 20 complicaciones, predominando la parálisis facial transitoria con 11 casos, que representa 28,2% del total de operados, y el 55,0% en base al total de complicaciones. M. Estrada Sarmiento y cols. en una serie de 31 casos de parotidectomía superficial en tumores Mixtos, reportó 10 casos de parálisis facial transitoria equivalente a 32,2% y 1 caso (10%) presentó parálisis facial completa y transitoria que persistió por 45 días (34). Lacconrey en una serie de 127 casos de parotidectomías superficial presentó el 64,6% de parálisis del nervio facial.(34) Los autores C. Moreno García, H. Serrano Gil, y Cols. realizaron un estudio con 81 pacientes a los que se realizó cirugía de la glándula parótida.

En dicho estudio se encontraron como complicaciones más frecuentes la Neuropraxia del nervio facial en 28 casos (34,56%) (9). Los resultados nuestros son superiores a los obtenidos por dichos autores. Parálisis facial permanente 3 casos que equivale a 7,69% del total de paciente. Este resultado es inferior al obtenido por Bearhs en una serie de 47 pacientes operados de parotidectomía superficial, reportó solamente 1 caso de parálisis facial permanente (2,12%) (34). Los autores C. Moreno García, H. Serano Gil, y Cols realizaron un estudio con 81 pacientes sometidos a cirugías de parótida, reportando 3 parálisis facial permanente, equivale a 3,7%, un poco menos que el nuestro. (9). Fístula salival tuvimos 2 casos, representa 5,12% en base al total de pacientes. La literatura reporta 3% de esta complicación.(O. Guerrissi). Infección de sitio quirúrgico 1 caso, equivale a 2,56% en base al total y 5% en base al total de complicaciones. La cirugía de parótida es considerada limpia. Puede estar asociado al ascenso de gérmenes de la cavidad oral por el conducto de Steno o contaminación por bacterias del conducto auditivo externo al exponer el tronco del nervio facial. (O. Guerrissi). Otra posibilidad es la cercanía con el cuero cabelludo que a pesar de la antisepsia prequirúrgica, pueden migrar bacterias al sitio quirúrgico, por lo que debe usarse profilaxis antibiótica.

No es recomendable practicar este abordaje en fumadores debido a que, se corre el riesgo de comprometer la integridad del colgajo (35). Lesión del nervio facial 1 caso, que equivale a 2,56% del total de pacientes. El uso de estimulador nervioso es importante. M. Estrada Sarmiento y Cols reporta daño al nervio facial rama frontal 30% y rama marginal 60% esta última debida a la falta de anastomosis de la misma. (34). Las causas de daño al nervio facial depende del tamaño del tumor, localización, tumor recurrente y reoperaciones (O. Guerrissi). Síndrome de Frey 1 caso, representa 2,56% del total de operados. Los autores C. Moreno García, H. Serrano Gil, F. Monje Gil, C. Pérez Herrero y Cols. Realizaron un estudio retrospectivo con 81 pacientes a los que se realizó cirugía de la glándula parótida, reporta síndrome de Frey en 13 casos, equivale 16,04% (9).

La incidencia ha sido reportada muy variada entre 10- 60% (O. Guerrissi). Otros autores lo reportan hasta 65% en parotidectomías en adultos.(36). Cicatriz patológica 1 caso, equivale a 2,56% en base al total. Puede además dejar cicatrices deprimidas y hundidas en la zona donde estaba el tumor. La incisión de Finochietto es imperceptible y el resultado estético excelente. (27). En conclusión los resultados de complicaciones han sido satisfactorios comparados con otros autores.

Del total de pacientes, se indicaron 35 BAAF, equivale a 89,74%, 1 muestra inadecuada para diagnóstico, representa el 2,56%. Se obtuvieron 34 diagnósticos, de ellos Adenoma pleomorfo 22, que representa 56,41%, (15 derecho y 7 izquierdos), coincidiendo con la literatura, que mayor frecuencia en parótida derecha. Sigue la Sialoadenitis y Neoplasia epitelial benigna con 2 casos cada uno, lo que representa 5,2% y 5,2% respectivamente. Hubo otros 6 diagnósticos más con un caso cada uno.

Diagnóstico Histopatológicos definitivo. Predominó el Adenoma pleomorfo con 30 casos, representa 76,92% del total, de ellos 20 derecho y 10 izquierdo, coincide con la bibliografía que refiere que en la parótida el 80% de los tumores benignos son Adenomas pleomorfos y se localiza más en el lado derecho. Seguido del Tumor de Warthin con 3 casos, equivale a 7,69% del total de casos, también coincide siendo el segundo tumor benigno más frecuente en la parótida. La linfadenitis crónica con 2 casos, que equivale a 5,12%. Concluimos que la BAAF es una citología, no confiable para diagnóstico definitivo, en nuestro estudio se ve la variabilidad de los diagnósticos por BAAF e histopatológicos, siendo éste último el más certero.

Al evaluar la edad y los tiempos claves, la edad osciló entre 15 y 85 años, con una media es de 45,6 años. Evidencia la variabilidad de aparición de éstos tumores. El tiempo de evolución del tumor al momento del examen clínico osciló entre 0,25 y 15 años, con una media de 4,6 años. Coincide con la literatura consultada, que refiere son tumores de largo período de evolución, de crecimiento lento y asintomáticos. Tiempo quirúrgico de la cirugía el mínimo 20 minutos y el máximo 345 minutos, con una media de 124 minutos. Tiempo posoperatorio con un mínimo de 0,5 años y un máximo de 5 años que es el período del estudio, con una media de 2,55 años. Tiempo de seguimiento con un mínimo de 0,2 años y un máximo de 1,5 años, con una media de 0,41 años. Tiempo de resolución de la parálisis facial transitoria con un mínimo de 0,25 años y un máximo de 1,5 años, con una medio de 0,47 años.

En cuanto a las complicaciones y Sexo. Se presentaron La Parálisis facial transitoria se presentó más en el sexo femenino y la Parálisis facial permanente se presentaron solamente en el sexo femenino (100%). La literatura consultada y los estudios referentes a complicaciones de parotidectomía superficial no se refleja relación entre ocurrencia de las mismas y sexo. En las otras complicaciones no hubo diferencias de relevancia.

Al evaluar las complicaciones y escolaridad, Se presentaron más complicaciones en el grupo de Primaria, grupo en el que se presentaron 6 complicaciones diferentes y 12 complicaciones en total. Este resultado tiene relación con la literatura, que refiere que entre más bajo el nivel de escolaridad, el paciente está más propenso a sufrir complicaciones. Se observa que Bachiller y Universitario solamente se presentó 1 complicación en cada uno de esos grupos.

En cuanto a las complicaciones y ocupación, se presentaron en 3 grupos de ocupación, de estos se presentaron más complicaciones en las Ama de casa con 4 tipos de complicaciones y en total 8 casos. La literatura refiere riesgos propios de cada ocupación que se relacionan con el cuidado posoperatorio y el reposo.

En cuanto a las complicaciones y procedencia. Se presentaron 7 tipos de complicaciones. Predominaron las complicaciones en los que viven en el área urbana, la literatura describe diferencias y predominan en los que viven en el área rural, que tiene que ver con las formas de vida en el campo y los cuidados posoperatorios, en nuestro estudio sucedió lo contrario.

En cuanto a las complicaciones y hallazgos clínicos del tumor,. Según la ocurrencia de éstas en relación a cada uno de sus formas clínico, se presentaron más complicaciones cuando el tumor es indurado, esto lo refleja la literatura por la dificultad para disecarlo, disminuyendo las complicaciones cuando el tumor es móvil y está bien circunscrito, también lo refleja la literatura, debido a que se disecciona más fácil de los planos musculares.. En cuanto al dolor pocas veces los tumores benignos son dolorosos, y lo evidencia nuestro estudio y es un dato más asociado a malignidad, fue el grupo con menos complicaciones.

En cuanto a los antecedentes, patológicos únicamente se presentó la Parálisis facial transitoria, pero sin diferencias entre diabéticos e hipertensos. La bibliografía expresa que hay relación entre complicaciones y diabetes e hipertensión, con mayor riesgo el grupo de diabéticos.

En relación a las complicaciones y hábitos tóxicos, se presentaron 4 tipos de complicaciones en ambos grupos de Alcohólicos y Fumadores, sin diferencias entre ellos. La literatura describe que tanto alcohólicos como fumadores están más propensos a complicaciones que aquellos pacientes que no tienen éstos hábitos tóxicos.

En cuanto a las complicaciones y diagnóstico histopatológico definitivo, se relacionan las complicaciones y el tipo de tumor, encontrándose mayor complicaciones cuando se operó el Adenoma Pleomorfo. La bibliografía señala que la ocurrencia de complicaciones está relacionada con tamaño, localización y grado de malignidad del tumor. El Adenoma pleomorfo se presentó de mayor tamaño, la localización todos en el lóbulo superficial de la parótida y todos son benignos. Consideramos que se presentaron más complicaciones, porque es el más expuesto, ya que se presentó en 30 casos, equivale a 76,9%, por lo tanto se operó más en relación a los otros tumores benignos encontrados de dicha glándula.

Conclusiones:

1. Se observó buen nivel de escolaridad, solamente 12,8% entre analfabetas y alfabetizados, no diferencia significativa de sexo Femenino 53,4% y Masculino 54,6%, la ocupación predominó la Ama de casa 33,3%, la religión católica predominó con 46,1%, muy cerca Evangélicos con 41,0%, la población urbana predominó con 84,6%. En cuanto a los hábitos tóxicos predominó el grupo alcohólicos con 52%, el antecedente que predominó fue hipertensión arterial con 55,5%.
2. En cuanto al hallazgo clínico del tumor el móvil fue el más frecuente con 92,3%; predominando también hallazgos de benignidad como movilidad, circuncrito y no doloroso.
3. Hallazgos transquirúrgicos, se identificó nervio facial en el 78,7%, se disecó sus ramas en 76,9% y quedó indemne en 97,4%. (No concordante la nota operatorio con estos hallazgos). En cuanto a la variabilidad de incisiones, predominó la incisión preauricular con descarga cervical 43,58%, y en cuanto a los hallazgos transquirúrgicos se observó que el tamaño del tumor era muy variable desde 3x2cm hasta 8x6cm, encontrándose 30 tumores menores de 5 cm de diámetro.
4. Un total de 16 pacientes presentaron al menos una complicación, se presentaron 7 tipos de complicaciones diferentes y la más frecuente fue la parálisis facial transitoria con 11 casos (28,2%). Todas las complicaciones fueron de comportamiento similar o inferior a otros estudios, excepto la parálisis facial permanente, 3 casos (7,6%). El tumor más frecuente fue el adenoma pleomorfo con 76,9% y de localización derecha 66,6% de los casos.

5. En general observamos que las complicaciones se presentan principalmente en el sexo masculino, en el grupo con antecedentes de enfermedades crónicas, se observó relación con los hábitos tóxicos como el fumado y el consumo de alcohol. Los casos con complicaciones eran principalmente de escolaridad baja, del área urbana y con ocupaciones no definidas. En ningún caso se usó neuroestimulador.
6. En el grupo de pacientes con tumores indurados y en los pacientes con dolor se presentó mayor número de complicaciones. No se observó relación evidente entre los hallazgos transquirúrgicos y la ocurrencia de complicación.
7. En este estudio observamos que únicamente hay asociación estadística entre el tiempo transquirúrgico y la ocurrencia de complicaciones. No se observaron otras asociaciones con el resto de tiempos claves durante el manejo de los pacientes.
8. Se presentaron más complicaciones en el Adenoma pleomorfo: 7 tipos de complicaciones diferentes y 18 complicaciones en total. La distribución observada es estadísticamente significativa.

Recomendaciones:

1. Realizar correcta descripción en la nota operatoria, mencionando en orden de aparición los hallazgos transquirúrgicos.
2. Describir en el expediente clínico detalladamente los hallazgos clínicos de la lesión.
3. Estandarizar los nombres de las incisiones en las notas operatorias.
4. Utilización de neuroestimulador para localización del nervio facial.
5. Indicar BAAF a todos los pacientes con lesiones tumorales de glándula parótida antes de ser llevados a sala de operaciones.
6. Médicos de base deben supervisar las notas operatorias que realizan los médicos residentes y que ésta sea realizada por el Médico Residente de mayor jerarquía.
7. Continuar esforzándonos cada día para mejorar las técnicas quirúrgicas y disminuir las complicaciones del abordaje parotidectomía superficial, esencialmente si se pretende evitar la recurrencia local, se requiere escisión del tumor con un margen de tejido glandular normal y la preservación de estructuras nerviosas que anatómicamente acompañan a ésta glándula debe una conducta sistémica de prioridad.

Bibliografía.

1. Patología de las glándulas salivales
[http://www.cirugia.uah.es/pregrado/does/tema_24-patología de las glándulas salivales- 2006](http://www.cirugia.uah.es/pregrado/does/tema_24-patologia_de_las_glандulas_salivales-2006)
2. Tumores y afecciones benignas de cabeza y cuello
[http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/documentos/otorrinolaringología-2004](http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/documentos/otorrinolaringologia-2004)
3. Tumores de glándulas salivales. Experiencia de 20 años.
<Http://www.sochiorl.cl/indices/pdfs/62-3/06.pdf> -2004
4. Abordaje quirúrgico de la glándula parótida. <http://www.dra.net>. 2005
5. Parotidectomía superficial.
<http://www.encolombia.com/medicina/otorrino/otorrinotomiasup28300-2009>
6. Tumores de parótida. Tratamiento quirúrgico.
<http://www.cirujanosdechile.cl/revistavol-12-p-34-2008>
7. Complicaciones de la cirugía de la glándula parótida.
<http://otorrinowed.com/cuello/1689.html>.2004
8. J. P. Lòpez, y R Rodríguez, Instituto Superior de Ciencias Medicas Villa Clara, Cuba, Complicaciones de la cirugía de Glándula Parótida Tomado [http:// www.hospital amc. Sld.cu](http://www.hospitalamc.sld.cu) año2000
9. Trece años de experiencia en parotidectomía parcial superficial,<http://www.elsevier.es/sites/dificultas/files/elsevier/pdf/102/2008>
10. Revista española cirugía oral y maxilofacial v.28 no.3 madrid mayo-junio 2006 <http://dx.doi.org/10.4321/s1130-055820060000300002/2007>
11. Morbilidad quirúrgica de las glándulas salivales mayores
<http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol11-1-95/onc06195.htm/2006>
12. Servicio ORL-PCF, hospital Mar Menor, Murcia España
<http://www.Patología de glándulas salivales-Tomo 2-2006>
13. Complicaciones de la cirugía de la parótida
<http://www.otorrino.com.ar/tumores de parótida.asp/2007>

14. Tumores de la parótida. Tratamiento quirúrgico. Drs. Alfonso Aguirre M, M. Loreto Vent C. Servicio y cátedra de cirugía Hospital Eduardo Pereira Universidad Valparaiso
<http://www.cirujanosdechile.cl/pdf%20cirujanos%202004Rev.cit1>
15. Fuentes Científicas: ANZ Journal of surgery 78(3):134-138 mar 2008 a SNC <http://www.amiif.org/cms/index.phs.opción=com.content&task>
16. O. Guerrissi. Jorge y Cols, cirugía de los tumores de la glándula parótida, AMOLCA.2007-cap 10 pag 149
17. O. Guerrissi. Jorge y Cols, cirugía de los tumores de la glándula parótida, AMOLCA.2007-cap 10 pag 147
18. Regezzi Sciubba, Patología bucal, Tercera edición, McGraw-Hill Interamericana, capítulo 8, pags 221-275 año 2004
19. Glándula saliva. Wikipedia. La enciclopedia libre.es. wikipedia.org/wiki/glándula_salival párrafo 1,2 y3. 2005
20. J.C Santana Garay; Atlas de Patología del complejo bucal; Cap XV Patología de las glándulas salivales; pag 259 Editorial Científico- Técnica, La Habana; 1998.
21. Biopsia. Wikipedia. La enciclopedia libre. Punción aspiración con aguja fina (PAUF) es.wikipedia.org/wiki/biopsia, 2012.
22. M. Paz Arredondo; C. González G; Patología de Glándulas Salivales. Pontificia Universidad de Chile. Escuela de Medicina/Otorrino; 2009
23. K. Kasel; MS, Med. Medical Center. Linfadenitis Crónica; 2011; www.med.nyu.edu/content?chunk//d=127510-Estados Unidos
24. Glándulas Salivales. Wikipedia. La Enciclopedia libre. Es.wikipedia.org/wiki/glándula_salival párrafo 1, 2 y 3. 2008
25. O. Guerressi. Jorge y Clos, cirugía de los tumores de la glándula parótida. AMOLCA, año 2007 Cap IV anatomía quirúrgica de la glándula parótida, pag 27-36; Argentina
26. O. Guerressi. Jorge y Clos, cirugía de los tumores de la glándula parótida. AMOLCA, año 2007 Cap V, pag 37-68; Argentina
27. O. Guerressi. Jorge y Cols, cirugía de los tumores de la glándula parótida. AMOLCA, año 2007 Cap III anatomía quirúrgica de la glándula parótida, pag 21-25; Argentina
28. Sinelnikov; Atlas de Anatomía Humana R. D. Tomo III, Nervio facial; pag 144; editorial MIR. Cuarta edición; 1986.

- 29.A. Clemente- Ruíz de Almirón y Cols; Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio; Granada; España; [www.http://yahoo.España](http://www.yahoo.España); 2008.
- 30.C. Moreno García y Cols. Hospital Infanta Cristina; Complejo Hospitalario universitario de Badajoz, España. [es.http://maxilofacial.org/2009](http://maxilofacial.org/2009)
- 31.Z. Núñez Gil; Parotidectomía Superficial; Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl; Rep Dominicana. [Es.http/cirugíamaxilofacial/dic;2009](http://cirugíamaxilofacial/dic;2009).
- 32.O. Guerressi. Jorge y Clos, cirugía de los tumores de la glándula parótida. AMOLCA, año 2007 Cap VI; Diagnóstico por imágenes, pag 69-98; Editorial AMOLCA; Argentina.

ANEXO

Cuadro N 1

Se describen sexo, escolaridad, ocupación, religión, estado civil y procedencia en relación a la frecuencia.

Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Diciembre 2011

		Frecuencia	%
Sexo	Masculino	18	46,2
	Femenino	21	53,8
Escolaridad	Analfabeta	3	7,7
	Alfabetizado	2	5,1
	Primaria	22	56,4
	Bachiller	8	20,5
	Técnico	2	5,1
	Universitario	2	5,1
Ocupación	Estudiante	2	5,1
	Empleado publico	12	30,8
	Ama de casa	13	33,3
	Agricultor	2	5,1
	Trabajador por cuenta propia	9	23,1
	Jubilado	1	2,6
Religión	Católico	18	46,2
	Evangélico	16	41,0
	Adventista	1	2,6
	Otra religión	2	5,1
	Ninguna	2	5,1
Estado civil	Casado	16	41,0
	Unión Libre	9	23,1
	Viudo	4	10,3
	Soltero	10	25,6
Procedencia	Urbano	33	84,6
	Rural	6	15,4
	Total	39	100,0

Fuente: Expediente Clínico

n=número %= porcentaje

Cuadro N 2

Se describen los antecedentes personales no patológicos y frecuencia.

Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HEDRCG, Enero 2007-Diciembre 2011

	Respuestas		% sobre casos estudiados	
	n	%		
Antecedentes personales no patológicos	Alcohol	13	52,0%	86,7%
	Fumado	11	44,0%	73,3%
	Drogas	1	4,0%	6,7%
Total		25	100,0%	166,7%

Fuente: Expediente Clínico.

n=número %= porcentaje

Cuadro N 3

Se describen los antecedentes personales patológicos y frecuencia

Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Dic 2011

	Respuestas		% sobre casos estudiados	
	n	%		
Antecedentes personales patológicos	Diabetes	3	33,3%	50,0%
	HTA	5	55,6%	83,3%
	Cardiovasculares	1	11,1%	16,7%
Total		9	100,0%	150,0%

Fuente: Expediente Clínico

n=número %= porcentaje

Cuadro No 4

Hallazgos clínicos del tumor y frecuencia

Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Diciembre 2011

		Respuestas		% sobre casos estudiados
		n	%	
Hallazgos clínicos	Indurado	32	31,1%	82,1%
	Móvil	36	35,0%	92,3%
	Circunscrito	20	19,4%	51,3%
	Dolor	15	14,6%	38,5%
Total		103	100,0%	264,1%

Fuente: Expediente Clínico.

n=número %= porcentaje

Cuadro N 5

Hallazgos Transquirúrgicos sobre lesión del Nervio Facial

Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Dic 2011

		No	%
Identificación del nervio facial	No	1	2,6
	Si	28	71,8
	No se reporta	10	25,6
Disección del nervio facial	No	1	2,6
	Si	30	76,9
	No se reporta	8	20,5
Nervio facial indemne	Si	38	97,4
	No se reporta	1	2,6
	Total	39	100,0

Fuente: Expediente Clínico.

n=número %= porcentaje

Cuadro N 6

Tipo de incisión y frecuencia en abordaje parotidectomía Superficial.

Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Diciembre 2011

Abordaje de la Incisión	Frecuencia	%
Validos	1	2,6
En "S" con descarga cervical	2	5,1
En "S" itálica	1	2,6
En "S" Itálica con extensión cervical	1	2,6
En "Y" con descarga cervical	2	5,1
En "Y" Martin	6	15,4
En "Y" Martin con descarga vertical	1	2,6
Preauricular	4	10,3
Preauricular con descarga cervical	17	43,6
Preauricular con extensión submandibular	1	2,6
Preauricular de Blair	3	7,7
Total	39	100,0

Fuente: Expediente Clínico.

n=número %= porcentaje

Cuadro No 7

Tamaño del tumor en cm y frecuencia según nota operatoria.
Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Diciembre 2011

	Tamaño en cm	No	%	
Validos	3x2	8	20,5	
	3x3	2	5,1	
	4x3	5	12,8	
	4x4	3	7,7	
	4x4x3	1	2,6	
	4x4x4	1	2,6	
	5x2	1	2,6	
	5x4	3	7,7	
	5x4x4	2	5,1	
	5x5	4	10,3	
	6x5	3	7,7	
	6x6	2	5,1	
	7x3	1	2,6	
	7x5	2	5,1	
	8x6	1	2,6	
	Total		39	100,0

Fuente: Expediente Clínico. n=número %= porcentaje

Cuadro No 8

Pacientes operados con parotidectomía superficial que presentaron al menos una complicación.

Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Diciembre 2011

	Presenta al menos una complicación					
	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Complicaciones	16	41,0%	23	59,0%	39	100,0%

Fuente: Expediente Clínico

n=número %= porcentaje

Cuadro No. 9

Se presentan las complicaciones y la frecuencia

Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Diciembre 2011

		Respuestas		% de casos
		N	Percent	
Complicaciones	Lesión del nervio facial	1	5,0%	6,3%
	Infección del sitio quirúrgico	1	5,0%	6,3%
	Fistula Salival	2	10,0%	12,5%
	Parálisis facial transitoria	11	55,0%	68,8%
	Parálisis facial permanente	3	15,0%	18,8%
	Síndrome de Frey	1	5,0%	6,3%
	Cicatriz patológica	1	5,0%	6,3%
Total		20	100,0%	125,0%

Fuente: Expediente Clínico.

n=número %= porcentaje

Cuadro No.10

Diagnósticos citológicos (BAAF) en relación a la frecuencia.

**Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en
pacientes sometidos a parotidectomía superficial HEDRCG,
Enero 2007-Diciembre 2011**

Diagnostico por BAAF		N	%
Valido	No se reporta	4	10,3
	Adenoma pleomorfo parótida derecha	15	38,5
	Adenoma pleomorfo parótida izquierda	7	17,9
	Carcinoma mucoepidermoide parótida derecha	1	2,6
	Linfadenitis crónica inespecífica parótida derecha	1	2,6
	Muestra inadecuada para diagnóstico	1	2,6
	Neoplasia epitelial benigna parótida izquierda	2	5,1
	Nódulo hiperplásico con degeneración quística	1	2,6
	Oncocitoma parótida izquierda	1	2,6
	Quiste linfoepitelial benigno parótida izquierda	1	2,6
	Sialoadenitis crónica inespecífica parótida derecha	1	2,6
	Sialoadenitis crónica inespecífica parótida izquierda	1	2,6
	Tumor epitelial benigno parótida izquierda	1	2,6
	Tumor mixto maligno parótida derecha	1	2,6
	Tumor Warthin parótida izquierda	1	2,6
	Total	39	100,0

Fuente: Expediente clínico.

n=número %= porcentaje

Cuadro No 11

Diagnóstico Histopatológico Definitivo y frecuencia. Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HEDRCG, Enero 2007-Diciembre 2011

Diagnostico histopatológico definitivo		Frecuencia	Porcentaje
Valido	Oncocitoma parótida izquierda	1	2,6
	Adenoma pleomorfo parótida derecha	20	51,3
	Adenoma pleomorfo parótida izquierda	10	25,6
	Hidrocistoma ecrino benigno parótida derecha	1	2,6
	Linfadenitis crónica parótida derecha	2	5,1
	Parótida izquierda sin evidencia de neoplasia	1	2,6
	Quiste linfoepitelial benigno parótida izquierda	1	2,6
	Tumor de Warthin parótida izquierda	3	7,7
	Total	39	100,0

Fuente: Expediente Clínico.

n=número % = porcentaje

Cuadro No 12

Tiempos claves en relación a métodos estadísticos. Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Dic 2011

Tiempos claves	N		Media	EE	Mediana	DE	mínimo	máximo
	Válidos	No reportado						
Edad	39	0	45,6923	2,8546	45,0000	17,8269	15,0000	85,0000
Tiempo evolución	39	0	4,6603	0,6783	3,0000	4,2358	0,2500	15,0000
Tiempo Qx Minutos	38	1	124,5526	10,4727	112,5000	64,5578	20,0000	345,0000
Tiempo post-operatorio	39	0	2,5538	0,2153	2,0000	1,3445	0,5000	5,0000
Tiempo de seguimiento	39	0	0,4123	0,0388	0,3500	0,2425	0,2000	1,5000
Tiempo resolución	11	28	0,4773	0,1090	0,5000	0,3615	0,2500	1,5000

Fuente: Expediente Clínico.

EE= Error estándar

DE= Desviación estándar

Cuadro N 13

Complicaciones según sexo de los pacientes

Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Dic 2011

	Complicaciones	Sexo				Total	
		Masculino		Femenino			
		n	%	n	%	n	%
Complicaciones	Lesión del nervio facial	1	100,0	0	,0	1	8,3
	Infección del sitio quirúrgico	0	,0	1	100,0	1	8,3
	Fistula salival	1	50,0	1	50,0	2	16,7
	Parálisis Facial transitoria	3	27,3	8	72,7	11	91,7
	Parálisis Facial permanente	0	,0	3	100,0	3	25,0

Fuente: Expediente Clínico

n=número %= porcentaje

Cuadro No 14

Complicaciones relacionadas a la escolaridad de los pacientes

Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Dic 2011

		Escolaridad										Total
		Analfabeta		Alfabetizado		Primaria		Bachiller		Universitario		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Complicaciones	Lesión del nervio facial	0	0,0	0	,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
	Infección del sitio quirúrgico	0	0,0	0	,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
	Fistula Salival	0	0,0	0	,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2
	Parálisis facial transitoria	3	27,3	0	,0	6	54,5	1	9,1	1	9,1	11
	Parálisis facial permanente	0	0,0	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0	0,0	3
	Síndrome de Frey	1	100,0	0	,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
	Cicatriz patológica	0	0,0	0	,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
Total		3		1		10		1		1		16

Fuente: Expediente Clínico

n=número %= porcentaje

Cuadro N 15

Complicaciones relacionadas con la ocupación. Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Diciembre 2011

		Ocupación						Total
		Empleado público		Ama de casa		Trabajador por cuenta propia		
		n	%	n	%	n	%	
Complicaciones	Lesión del nervio facial	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
	Infección del sitio quirúrgico	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
	Fistula Salival	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2
	Parálisis Facial transitoria	4	36,4	5	45,5	2	18,2	11
	Parálisis Facial permanente	0	0,0	3	100,0	0	0,0	3
	Síndrome de Frey	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1
	Cicatriz patológica	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
Total	5		8		3		16	

Fuente: Expediente Clínico

n=número %= porcentaje

Cuadro N16

Complicaciones relacionada con Procedencia Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Diciembre 2011

		Procedencia				Total
		Urbano		Rural		
		n	%	n	%	
Complicaciones	Lesión del nervio facial	1	100,0	0	,0	1
	Infección del sitio quirúrgico	1	100,0	0	,0	1
	Fistula salival	2	100,0	0	,0	2
	Parálisis Facial transitoria	10	90,9	1	9,1	11
	Parálisis Facial permanente	2	66,7	1	33,3	3
	Síndrome de Frey	1	100,0	0	,0	1
	Cicatriz	1	100,0	0	,0	1
Total	14		2		16	

Fuente: Expediente Clínico.

n=número %= porcentaje

Cuadro N 17

Complicaciones según Hallazgos Clínicos

Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Diciembre 2011

		Hallazgos clínicos								Total
		Indurado		Móvil		Circunscrito		Dolor		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Complicaciones	Lesión del nervio facial	1	100,0	1	100,0	1	100,0	0	,0	1
	Infección del sitio quirúrgico	1	100,0	1	100,0	1	100,0	0	,0	1
	Fistula salival	2	100,0	2	100,0	1	50,0	0	,0	2
	Parálisis facial transitoria	10	90,9	11	100,0	6	54,5	4	36,4	11
	Parálisis facial permanente	1	33,3	3	100,0	2	66,7	1	33,3	3
	Síndrome de Frey	0	,0	1	100,0	0	,0	0	,0	1
	Cicatriz patológica	1	100,0	1	100,0	0	,0	0	,0	1
Total		13		16		8		5		16

Fuente: Expediente Clínico.

n=número %= porcentaje

Cuadro N. 18

Complicaciones según Antecedentes Personales Patológicos

Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Diciembre 2011

		APP				Total
		Diabetes		HTA		
		n	%	n	%	
Complicaciones	Parálisis Facial transitoria	2	66,7	2	66,7	3
Total		2		2		3

Fuente: Expediente Clínico

n=número %= porcentaje

Cuadro N 19

Complicaciones según Antecedentes Personales No Patológicos

Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Diciembre 2011

		Hábitos tóxicos				Total
		Alcohol		Fumado		
		n	%	n	%	n
Complicaciones	Fistula salival	1	100,0	1	100,0	1
	Parálisis Facial transitoria	2	66,7	2	66,7	3
	Síndrome de Frey	1	100,0	1	100,0	1
	Cicatriz patológica	1	100,0	1	100,0	1
Total		4		4		5

Fuente: Expediente Clínico

n=número %= porcentaje

Cuadro N 20

Complicaciones y diagnóstico definitivo. Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Diciembre 2011

		Diagnóstico definitivo						Total
		1		2		6		
		n	%	n	%	n	%	n
Complicaciones	Lesión del nervio facial	0	,0	1	100,0	0	,0	1
	Infección del sitio quirúrgico	0	,0	1	100,0	0	,0	1
	Fistula salival	0	,0	2	100,0	0	,0	2
	Parálisis Facial transitoria	1	9,1	9	81,8	1	9,1	11
	Parálisis Facial permanente	0	,0	3	100,0	0	,0	3
	Síndrome de Frey	0	,0	1	100,0	0	,0	1
	Cicatriz patológica	0	,0	1	100,0	0	,0	1
Total		1		14		1		16

Fuente: Expediente Clínico

n=número %= porcentaje

Cuadro N 21

Asociación de variables categóricas: Estudio sobre Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Dic 2011

Pruebas de significancia para variables categóricas

Pruebas de significancia			
	Chi Cuadrado	GL	p
Sexo	.231 ^a	1	.631
Escolaridad	48.538 ^b	5	.000
Ocupación	23.000 ^b	5	.000
Religión	36.513 ^c	4	.000
Estado civil	7.462 ^d	3	.059
Procedencia	18.692 ^a	1	.000
Indurado	16.026 ^a	1	.000
Móvil	61.077 ^e	2	.000
Parálisis	35.103 ^a	1	.000
Circunscrito	16.769 ^e	2	.000
Dolor	2.077 ^a	1	.150
Lesión del nervio facial	66.462 ^e	2	.000
Rama del nervio facial	35.103 ^a	1	.000
Infección del sitio quirúrgico	35.103 ^a	1	.000
Fistula salival	31.410 ^a	1	.000
Parálisis facial transitoria	7.410 ^a	1	.006
Parálisis facial permanente	27.923 ^a	1	.000
Síndrome de Frey	35.103 ^a	1	.000
Cicatriz patológica	35.103 ^a	1	.000
Diabetes	27.923 ^a	1	.000
HTA	21.564 ^a	1	.000
Cardiovasculares	35.103 ^a	1	.000
Alcohol	4.333 ^a	1	.037
Fumado	7.410 ^a	1	.006
Drogas	35.103 ^a	1	.000

Fuente: Ficha de recolección y matriz de SPSS

Cuadro No. 22

Asociación entre tiempos claves durante abordaje y manejos de los pacientes y la ocurrencia de complicaciones: Estudio sobre Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en pacientes sometidos a parotidectomía superficial HRCG, Enero 2007-Diciembre 2011

	Complicaciones	N	Mean	Desviación Estándar	Std. Error Mean	t	GL	p
Tiempo evolución	No	23	4.8152	4.38244	.91380	.271	37	.788
	Si	16	4.4375	4.14679	1.03670			
Tiempo quirurgico en minutos	No	23	107.48	55.770	11.629	-2.111	36	.042
	Si	15	150.73	70.098	18.099			
Tiempo post-operatorio	No	23	2.3304	1.27295	.26543	-1.253	37	.218
	Si	16	2.8750	1.42009	.35502			
Tiempo de seguimiento	No	23	.4087	.29567	.06165	-.110	37	.913
	Si	16	.4175	.14411	.03603			
Edad	No	23	42.65	18.884	3.938	-1.288	37	.206
	Si	16	50.06	15.733	3.933			

Fuente: Expediente Clínico

Ficha de recolección de la información.

Tema: Características clínicas y ocurrencia de complicaciones en el abordaje quirúrgico parotidectomía superficial en el servicio de Cirugía Oral y Máxilo Facial del HEDRCG de enero 2007 a diciembre 2011.

Fecha: ___/___/___ Expediente No: _____ Ficha No: _____

I. Datos Generales:

- a) Edad: ___ años c) Sexo: M ___ F ___
d) Escolaridad: Analfabeta: ___ Alfabetizado: ___ Primaria completa: ___ Bachiller: ___
Técnico medio: ___ Universitario: ___
e) Ocupación: Estudiante: ___ Empleado público: ___ Ama de casa: ___ Agricultor: ___
Trabajo por cuenta propia: ___ Desempleado: ___ Jubilado: ___
f) Religión: Católica: ___ Evangélica: ___ Testigo de Jehová: ___ Morava: ___
Adventista: ___ Otra: ___ Ninguna: ___
g) Estado Civil: Casado: ___ Unión Libre: ___ Viudo: ___ Divorciado: ___ Soltero: ___
h) Procedencia: Urbano: ___ Rural: _____

II. Métodos Diagnósticos.

- a) Radiografía: Si ___ No ___ Ultrasonido: Si ___ No ___ Doppler: Si ___ - No ___
Sialografía: Si ___ No ___ Tomografía: Si ___ No ___ BAAF: Si ___ No ___
b) Diagnóstico Histopatológico: _____

III. Hallazgos Clínicos:

- a) Tiempo de evolución de la lesión: Años: _____
b) Tamaño del tumor en cm: _____
c) Induración: Si ___ No ___ d) Móvil: Si ___ No ___ Circunscrito: Si ___ No ___
No descrito ___ Parálisis Facial: Si ___ No ___ Infección: Si ___ No ___

IV. Hallazgos Transquirúrgicos.

- a) Abordaje (Tipo de Incisión): _____
b) Tiempo quirúrgico: Minutos: _____
c) Identificación Nervio Facial: Si ___ No ___ No descrito ___
d) Disección del Nervio facial: Si ___ No ___ No descrito ___
e) Nervio facial indemne: Si ___ No ___ No descrito _____

V. Aspectos relacionados al posquirúrgico:

- a) Tiempo postquirúrgico en años: _____
b) b)Tiempo de seguimiento en años: _____
c) Alta: Si ___ No ___
d) Número de controles: _____

VI. Complicaciones encontradas:

- a) Intraoperatoria: Lesión del nervio facial: Si _____ No _____ Rama lesionada: Temporal: _____ Cigomática: _____ Bucal: _____ Mandibular marginal: _____ Cervical: _____ Hemorragia: Si _____ No _____ Lesión CAE: Si _____ No _____
- b) Posoperatoria inmediata: Infección: Si _____ NO _____ Otitis Externa: Si _____ No _____ Necrosis de piel: Si _____ No _____ Sialocele: Si _____ No _____ Fístula Salival: Si _____ No _____ Otra: _____
- c) Posoperatorias tardías: Parálisis facial transitoria: Si _____ No _____ Parálisis facial Transitoria: Si _____ No _____ Parálisis facial permanente: Si _____ No _____ Signos Clínicos: _____ - _____ Tratamiento Fisioterapia: Si _____ No _____ Tiempo resolución en años: _____ Síndrome de Frey: Si _____ No _____ Resuelto: Si _____ No _____ Disestesias del gran auricular: Si _____ No _____ Signo clínico: _____ Recurrencia Tumoral: Si _____ No _____ Cicatriz patológica: Si _____ No _____ Deformidades auriculares: Si _____ No _____ Otras: _____

VII. Factores asociados al estado del paciente que predisponen a complicaciones:

- a) APP: Diabetes mellitus: Si _____ No _____ Hipertensión arterial: Si _____ No _____ Cardiopatía: Si _____ No _____ Otras: _____
- b) APNP: Ingesta alcohol: Si _____ No _____ Fumador: Si _____ No _____ c) consumo de drogas : Si _____ No _____