

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios.
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada
Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Correspondencia: revistaorl@revistaorl.com
web: www.revistaorl.com

Tratamiento quirúrgico de la glándula parótida

Surgical treatment of the parotid gland

Ignacio Alonso-Castañeira, José María Escapa-Garrachón, José Luis Alonso-Treceño

Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia. España.
ignacioalonso99@gmail.com

Recibido: 21/07/2015

Aceptado: 26/10/2015

Publicado: 01/11/2015

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Referencia del artículo:

Alonso-Castañeira, I, Escapa-Garrachón JM, Alonso Treceño JL. Tratamiento quirúrgico de la glándula parótida. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2015 Nov. 6 (Supl. 3): S97-S103.

Texto de la ponencia presentada en el XXIII Congreso de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja celebrado en Ponferrada los días 29 y 30 de mayo de 2015

Resumen	Introducción y objetivo: La cirugía de la glándula parótida es de especial interés entre las cirugías de cabeza y cuello debido a la desproporción entre el alto porcentaje de patología benigna y las graves consecuencias estéticas que se pueden derivar de una mala ejecución de la técnica, la prolongación del tiempo quirúrgico y la excesiva manipulación de las fibras nerviosas. En contraposición a esta alerta, el conocimiento anatómico de la celda parotídea así como de la base de cráneo nos permite afrontar esta cirugía con seguridad y obtener unos resultados satisfactorios al 100% en el caso de los tumores benignos de esta glándula. Método: Revisión de una serie de 100 casos de parotidectomía realizados en nuestro hospital y revisión de la literatura y las tendencias actuales en el tratamiento quirúrgico de esta patología. Discusión: Ante una lesión benigna de parótida se propone la realización de una técnica quirúrgica lo menos agresiva posible, con el fin de reducir la morbilidad de la intervención. Se acepta la disección extracapsular como técnica de elección siempre que exista seguridad en la preservación del nervio facial. La parotidectomía parcial ofrece mejores resultados funcionales que la parotidectomía suprafacial completa, y ésta a su vez es una técnica más segura que la parotidectomía total. Conclusiones: La cirugía de parótida es una cirugía segura para la integridad de la función nerviosa en el tratamiento de patología benigna. En las lesiones de estirpe maligna pueden ser necesario sacrificar el nervio facial. En pacientes sin evidencia de nódulos cervicales o parotídeos no se debe realizar vaciamiento cervical dado que existe un 5% de riesgo de metástasis ocultas.
Palabras clave	Glándula parótida; tratamiento quirúrgico
Summary	Introduction and objective: Surgery of the parotid gland is specially delicate because of the weakness of the facial nerve which can lead to high morbidity and no proportion to the high rates of benign parotid gland pathology. The knowlegement of the anatomy will prevent harmness to the facial nerve, localizing the main trunk easily and reducing the time of surgery and complications. Method: Review of 100 parotidectomies, review of the literature and today's most common treatment options. Discussion: Parotid surgery must be planned to be the less harmful to the facial nerve as possible. In order to accomplish this goal extracapsular dissection has better functional results than partial superficial parotidectomy, but this last one is also safer than superficial parotidectomy and total parotidectomy. Conclusion: benign tumors of the parotid gland can be succesfully resected with no harm to the facial nerve. Malignancies in the parotid require resection of the facial nerve sometimes. Neck dissection is not necessary unless clear evidence of lymph nodes in the parotid or neck. There's only 5% risk of hidden metastasis.
Keywords	Parotid gland; surgical treatment;

Introducción

La cirugía de la glándula parótida es de especial interés entre las cirugías de cabeza y cuello debido a la desproporción entre el alto porcentaje de patología benigna y las graves consecuencias estéticas que se pueden derivar de una mala ejecución de la técnica, la prolongación del tiempo quirúrgico y la excesiva manipulación de las fibras nerviosas. En contraposición a esta alerta, el conocimiento anatómico de la celda parotídea así como de la base de cráneo nos permite afrontar esta cirugía con seguridad y obtener unos resultados satisfactorios al 100% en el caso de los tumores benignos de esta glándula.

Como bien sabemos el nervio facial después de atravesar el hueso temporal sale de la base del cráneo a través del agujero estilomastoideo, y desde aquí se dirige hacia delante, hacia abajo y hacia fuera para introducirse en el espesor de la glándula parótida donde se divide, con escasa variabilidad, en dos ramas, la temporofacial y la cervicofacial a 19 mm de la mastoides¹.

Independientemente de las fuentes consultadas las referencias anatómicas son siempre las mismas. Las enumeramos:

- Apófisis mastoides y músculo esternocleidomastoideo.
- El cartílago del conducto auditivo externo, en su prolongación conocida como el puntero.
- La fascia temporo-parotídea.
- El vientre posterior de músculo digástrico.
- La apófisis estiloides.
- La fisura tímpano-mastoidea.

Las dos primeras son referencias demasiado externas pero su exposición adecuada es necesaria para un buen abordaje quirúrgico. Posteriormente disecamos el puntero, pero éste nos deja el tronco del nervio facial a 16 mm, inferiormente y en profundidad. La exposición del vientre posterior del digástrico nos permite acercarnos inferiormente al nervio, que queda a 8 mm del músculo y, si pudiéramos disecar la fisura tímpano-mastoidea en toda su longitud, su extremo nos dejaría a 4 mm del nervio.

Resultados de nuestra experiencia

En nuestra experiencia una rápida y cuidadosa identificación del tronco del facial reduce la afectación funcional del mismo, de forma que para los tumores benignos de lóbulo superficial es habitual tener una función completa postquirúrgica e inmediata y para las lesiones de lóbulo profundo una paresia transitoria mínima que puede clasificarse como grado II según la escala de House-Brackmann, recuperable en los primeros días tras la cirugía.

Debido a la imposibilidad para disecar la totalidad de la sutura tímpano-mastoidea, que podemos considerar la referencia más constante del nervio, nos apoyamos en la palpación de la apófisis estiloides en profundidad al músculo digástrico. La apófisis estiloides está en íntima relación con la sutura tímpano-mastoidea y el agujero estilomastoideo. Además, el nervio facial discurre superficial a la base de la apófisis estiloides.

En una serie de 100 parotidectomías realizadas en nuestro hospital tenemos que la patología benigna es del 81% y la maligna del 19%.

Tabla 1. Resultados según la histopatología

Benigno	Maligno
40% Adenoma pleomorfo	6% Carcinoma epidermoide
29% Tumor de Warthin	4% Linfomas
4% Adenoma de células basales	3% Adenocarcinomas
8% Otros (oncocitoma, mioepitelioma, lipoma, inflamación crónica)	3% Carcinoma adenoide quístico
	1% Carcinoma mucoepidermoide
	1% Carcinoma pobremente diferenciado
	1% Metástasis de melanoma

En 90 pacientes pudimos comprobar la existencia de PAAF previa. De ellos, 81 casos reflejaron patología benigna/sin malignidad con un error del 7.4% (6 casos) y 9 casos de tumor maligno. Se valoró esta prueba atendiendo exclusivamente a los tumores malignos y se obtuvo una sensibilidad del 60% y una especificidad del 100%.

Realizamos un total de 59 parotidectomías suprafaciales o parciales, 17 parotidectomías totales y 24 casos de disección extracapsular del tumor.

Colocamos drenaje tipo Redon en 79 pacientes con una duración media entre 2 y 4 días. De los 21 pacientes que no llevaron drenaje 20 fueron por enucleación del tumor.

Realizamos 10 vaciamentos cervicales en la serie, 8 de ellos simultáneos con el tiempo de parotidectomía y dos casos diferidos a un segundo tiempo quirúrgico.

En cuanto al daño del nervio durante la cirugía, el 73% de los pacientes tuvieron nula o escasa afectación de la función motora (59 pacientes fueron valorados como grado I y 14 pacientes como grado II según la escala de House-Brackmann). Las únicas lesiones definitivas del nervio facial fueron consecuencia de la sección voluntaria del nervio o sus ramas por malignidad.

Discusión

En la cirugía de la glándula parótida existen varios puntos de controversia que comentamos a continuación.

En primer lugar la extensión de la cirugía. La técnica quirúrgica describe una amplia incisión de parotidectomía (incisión de Blair modificada) para poder realizar la extirpación completa del tejido externo al nervio facial (parotidectomía suprafacial) o bien incluir el tejido profundo al nervio y así realizar una parotidectomía total. Autores como Loré nos aconsejan que la resección de cualquier tipo de lesión dentro de la parótida requiere un abordaje como para una lobectomía total. Y también nos dice: "Nunca intente la enucleación de cualquier tumor parotídeo primario porque este procedimiento casi garantiza la recidiva". Estas indicaciones contrastan con múltiples trabajos publicados tan solo entre 2013 y 2015 con series de disección extracapsular del tumor entre el 27 y el 75% del total (en nuestra serie es de un 24%). Entre otros autores, Huang y col. comparan la parotidectomía superficial frente a la parotidectomía parcial superficial con una incidencia de síndrome de Frey y de paresia facial de 15.8 y 22.8% para el primer grupo frente al 7.6 y 6.3% para el segundo. De ello podemos deducir que cuanto menor sea la extensión de la cirugía más baja será la incidencia de complicaciones. A menor morbilidad, mayor calidad de vida para el paciente. (1)

Otro ejemplo de lo expuesto anteriormente nos lo describe Cristofaro MG y col. en una comparación entre la parotidectomía superficial y la disección extracapsular y afirma que la lesión transitoria del nervio facial fue significativamente más frecuente después de la parotidectomía suprafacial que tras la disección extracapsular mientras que no hubo diferencias significativas en rotura capsular, recurrencia y fístula salivar (2.2% frente a 3.9%; 2.2% frente a 3.3%; 2.2% frente a 0.65%). (2)

Un factor de escasa relevancia es el tipo de incisión a utilizar. En nuestro caso siempre hemos utilizado la incisión clásica de parotidectomía (o incisión de Blair modificada) salvo en aquellos casos en los que se pretende una enucleación del tumor y realizamos una pequeña incisión cervical de apenas unos centímetros. El resultado estético de la incisión clásica es valorado por el paciente como muy satisfactorio. La segunda opción es la incisión de ritidectomía, con la que no tenemos experiencia aunque aceptamos el consejo de Loré de utilizar esta incisión con la certeza de patología benigna.

Tras la incisión y levantamiento de colgajo encontramos a nivel cervical sobre el músculo esternocleidomastoideo el nervio auricular mayor (NAM) que se divide en una rama anterior y otra posterior. La rama anterior se dirige directamente hacia la fascia parotídea y esto nos obliga a seccionarla en todos los casos excepto para la enucleación. La rama posterior se dirige hacia el lóbulo de la oreja, por detrás del área quirúrgica y se puede preservar. La conservación de esta rama posterior parece tener mejores resultados en términos de sensibilidad táctil y térmica para el lóbulo y el área preauricular inferior. En cualquier caso, la sección completa del NAM no afecta a la calidad de vida. (3)

Una vez expuesto adecuadamente el campo quirúrgico procedemos a la identificación del nervio. Nuestro trabajo ha sido siempre realizado utilizando las referencias expuestas, por vía anterógrada. También es posible utilizar la vía retrógrada siguiendo la vena facial posterior o intraparótidea que nos conduce a la rama cervicofacial del nervio, quedando la vena en profundidad al nervio y en íntimo contacto. Artículos recientes la describen como una técnica sencilla, con escasas complicaciones y resultados excelentes.



Figura 1. En esta imagen podemos apreciar la relación del tronco del nervio facial con el músculo digástrico, como referencia en la cirugía por vía anterógrada. También se aprecia la relación de la rama cervicofacial con la vena retromandibular, útil para la ejecución de la técnica quirúrgica por vía retrógrada. Junto a la vena se aprecia la arteria carótida externa próxima a su división en sus ramas terminales maxilar interna y temporal superficial.

Como hemos comentado, aproximadamente el 20% de los tumores parotídeos

son de estirpe maligna. Gracias a la PAAF y a las pruebas por imagen podemos tener un diagnóstico previo de malignidad en un porcentaje elevado de los casos. Ante esta situación podemos considerar la extensión de la cirugía a los ganglios linfáticos del cuello. El vaciamiento cervical profiláctico no está indicado en pacientes clínica o radiológicamente N0 dado que tan solo existe un 5% de metástasis linfáticas ocultas. Por otro lado debemos atender a la anatomía patológica de la pieza tumoral ya que pacientes N0 en el cuello con adenopatías intraparotídeas positivas son más propensos a desarrollar recurrencia locorregional que aquellos pacientes sin metástasis linfáticas intraparotídeas. Por ello recomendamos un seguimiento exhaustivo de estos pacientes. (4)

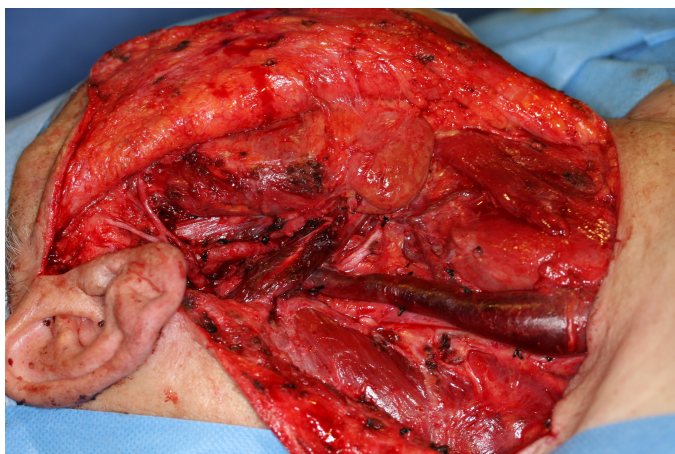


Figura 2. Este caso muestra la parotidectomía total asociada a vaciamiento cervical radical modificado por metástasis de melanoma.

Otro punto a tratar es la necesidad de utilizar o no monitorización del nervio facial. Nuestra experiencia personal durante cerca de 15 años sin monitorización nos permite afirmar que no es necesario. La rápida identificación del tronco facial mediante referencias anatómicas ofrecen excelentes resultados. No obstante, desde la adquisición de un sistema de monitorización en nuestro hospital, éste se ha convertido en una herramienta de uso sistemático. Su utilidad radica fundamentalmente en la confirmación objetiva de nuestras impresiones intraoperatorias y en la predicción de resultados funcionales post-quirúrgicos.

En los días posteriores a la intervención puede aparecer una fístula salivar a través de la incisión que puede ser persistente en el tiempo y muy molesta para el paciente. Ocasionalmente en lugar de drenar espontáneamente, se forma una bolsa de contenido salivar o sialocele que, al igual que un seroma, requiere de punción y aspiración, y posterior compresión del mismo durante varios días e incluso semanas. Para prevenir esta complicación y reducir su incidencia utilizamos un redón durante un mínimo de 72 horas o hasta comprobar un drenaje inferior a 20 mL en 24 horas. (5)

Por último mencionamos el síndrome de Frey que consiste en rubor y sudoración de la mejilla tras parotidectomía. Esta complicación se atribuye a la inervación aberrante de las glándulas sudoríparas de la piel por fibras parasimpáticas procedentes del tejido parotídeo. Según la extensión de la

cirugía la probabilidad de aparición del síndrome de Frey varía entre el 0 y el 15% siendo en todas las series publicadas muy inferior en el caso de realizar una disección extracapsular frente a la parotidectomía suprafacial. En caso de aparición del síndrome de Frey se puede tratar mediante la inyección intradérmica de toxina botulínica o anticolinérgicos como el glicopirrolato al 1%. Quirúrgicamente se puede optar por diversas opciones como el colgajo de SMAS, el injerto de grasa autóloga, la interposición de fascia temporal y los colgajos de músculo esternocleidomastoideo. (6,7,8)

Bibliografía

- 1.- Huang G, Yan G, Wei X, He X. Superficial parotidectomy versus partial superficial parotidectomy in treating benign parotid tumors *Oncol Lett.* 2015 Feb;9(2):887-890. Epub 2014 Nov 27.
- 2.- Cristofaro MG, Allegra E, Giudice A, Colangeli W, Caruso D, Barca I, Giudice M. Pleomorphic adenoma of the parotid: extracapsular dissection compared with superficial parotidectomy--a 10-year retrospective cohort study *ScientificWorldJournal.* 2014;2014:564053. doi: 10.1155/2014/564053. Epub 2014 Nov 13.
- 3.- Grammatica A, Perotti P, Mancini F, Bozzola A, Piazza C, Nicolai P, Redaelli de Zinis LO. Great auricular nerve preservation in parotid gland surgery: Long-term outcomes. *Laryngoscope.* 2015 May;125(5):1107-12. doi: 10.1002/lary.25025. Epub 2014 Nov 13.
- 4.- Lim CM1, Gilbert MR, Johnson JT, Kim S. Clinical significance of intraparotid lymph node metastasis in primary parotid cancer. *Head Neck.* 2014 Nov;36(11):1634-7. doi: 10.1002/hed.23507. Epub 2013 Dec 18.
- 5.- Jiang J, Jia MY, Cai Z, Yuan RT, Wang K, Zhang K, Bu LX. The effect evaluation of suction drainage to prevent fistula after superficial parotidectomy. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue.* 2014 Dec;23(6):759-62.
- 6.- Lafont M, Whyte A, Whyte J, Saura E, Tejedor MT. Frey syndrome: factors influencing the time to event . *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2015 Feb 27. pii: S0901-5027(15)00063-6. doi: 10.1016/j.ijom.2015.02.010.
- 7.- Vico PG, Delange A, De Vooght A. Autologous fat transfer: an aesthetic and functional refinement for parotidectomy. *Surg Res Pract.* 2014;2014:873453. doi: 10.1155/2014/873453. Epub 2014 Jan 8.
- 8.- Dai XM, Liu H, He J, Tu MS, Yu LF, Liu L. Treatment of postparotidectomy Frey syndrome with the interposition of temporalis fascia and sternocleidomastoid flaps *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2015 May;119(5):514-21. doi: 10.1016/j.oooo.2014.12.025. Epub 2015 Jan 20.