



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDIACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

**NEOPLASIAS DE PARÓTIDA: EXPERIENCIA CON LA PAROTIDECTOMÍA
SUPERFICIAL Y TOTAL**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en
Otorrinolaringología

Janmaris Marín Fermín
Francisco Ramón Tabacco España

Caracas, 15 febrero 2018



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDIACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

**NEOPLASIAS DE PARÓTIDA: EXPERIENCIA CON LA PAROTIDECTOMÍA
SUPERFICIAL Y TOTAL**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en
Otorrinolaringología

Janmaris Marín Fermín
Francisco Ramón Tabacco España

Tutor: Juan Carlos Valls Puig

Caracas, 15 febrero 2018

DR. JUAN CARLOS VALLS PUIG

TUTOR

DR. JUAN CARLOS VALLS PUIG

DIRECTOR DEL CURSO

DRA. NELSIMAR PALACIOS DÍAZ

COORDINADOR DEL CURSO

FRANCISCO JAVIER FERNANDEZ ORDIERES

ASESOR ESTADÍSTICO

A nuestros padres y hermanos,
por su apoyo en cada meta cumplida.

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | Página |
|-----------------|--------|
| RESUMEN | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| MÉTODOS | 13 |
| RESULTADOS | 15 |
| DISCUSIÓN | 17 |
| CONCLUSIÓN | 20 |
| AGRADECIMIENTOS | 21 |
| REFERENCIAS | 22 |
| ANEXOS | 27 |

Neoplasias de parótida: experiencia con la parotidectomía superficial y total

Janmaris Marin Fermín, C.I.: 18.814.855. Sexo: Femenino, E-mail: doctoraORL@gmail.com. Telf.: 04242599174. Dirección: Hospital Universitario de Caracas. Curso de Especialización en Otorrinolaringología.

Francisco Ramón Tabacco España, C.I.: 18.591.982. Sexo: Masculino, E-mail: tabacco8@hotmail.com. Telf.: 04140140218. Dirección: Hospital Universitario de Caracas. Curso de Especialización en Otorrinolaringología.

Tutor: **Juan Carlos Valls Puig**, C.I.: 10.516.203. Sexo: Masculino, E-mail: vallstru@hotmail.com. Telf.: 04164249716. Dirección: Hospital Universitario de Caracas. Especialista en Cirugía General y Cirugía Oncológica.

RESUMEN

Objetivo: describir la experiencia en la parotidectomía superficial y total desde el punto de vista clínico, quirúrgico e histológico. Métodos: se trata de un estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo de una serie de casos, conformada por 31 pacientes con diagnóstico de patología quirúrgica de la glándula parótida que fueron sometidos a parotidectomía superficial o total, en los que se evaluó frecuencia, diagnóstico histopatológico, complicaciones postoperatorias y recurrencia de enfermedad. Resultados: El diagnóstico histológico más frecuente fue adenoma pleomorfo (48,4%). Hubo precisión del 100% en el diagnóstico preoperatorio mediante el uso de punción-aspiración con aguja fina (PAAF) para el adenoma pleomorfo. Se realizaron 19 parotidectomías superficiales y 12 parotidectomías totales. Se obtuvo control local del 100% mediante el uso de parotidectomía superficial para el tratamiento de lesiones benignas del lóbulo superficial. La parotidectomía total conlleva a mayor morbilidad postoperatoria (complicaciones postoperatorias en 25% de los casos). Conclusión: La parotidectomía superficial es una técnica quirúrgica segura para el tratamiento de lesiones benignas de la glándula parótida. El análisis citológico por punción previa de las neoplasias constituye un método útil para la planificación del tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Parótida, Glándula salival, Parotidectomía, Recurrencia

Parotid neoplasms: experience with superficial and total parotidectomy

ABSTRACT

Objective: to describe the experience in superficial and total parotidectomy from the clinical, surgical and histological point of view. Methods: a transversal retrospective series of cases composed of 31 patients with a diagnosis of surgical pathology of the parotid gland that underwent superficial or total parotidectomy, in which frequency, histology, postoperative complications and disease recurrence was evaluated. Results: The most frequent histologic diagnosis was pleomorphic adenoma (48,4%). There was an accuracy of 100% in the preoperative diagnosis by fine needle aspiration (FNA) for pleomorphic adenoma. It was performed 19 superficial parotidectomies and 12 total parotidectomies. There was a local control of 100% when it was performed superficial parotidectomy for the treatment of benign tumors located in the superficial lobe. Morbidity is frequent when a total parotidectomy is performed (postoperative complications in 25% of the cases). Conclusions: the superficial parotidectomy is a safe surgical technique for the treatment of parotid benign neoplasm. The fine-needle aspiration cytology of the tumors is a useful method for the planning of the surgical treatment.

Key words: Parotid, Salivary gland, Parotidectomy, Recurrence.

INTRODUCCIÓN

La patología de glándula salival representa un grupo con gran diversidad histológica de neoplasias benignas y malignas. Estas neoplasias son infrecuentes, generalmente benignas y representan entre 2 a 6% de la patología tumoral de cabeza y cuello. De las tres glándulas salivales mayores, las neoplasias en la glándula parótida representan entre 70 a 80% de todas las neoplasias de glándulas salivales y constituye de 1 a 2% de todas las neoplasias malignas de cabeza y cuello ⁽¹⁻³⁾.

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud reconoce 13 variedades de neoplasias benignas y 24 variedades de neoplasias malignas de las glándulas salivales. De los tumores benignos, el adenoma pleomorfo y el tumor de Whartin (cistoadenoma linfomatoso papilar) son los más frecuentemente observados. El carcinoma adenoideo quístico y el carcinoma mucoepidermoide son neoplasias malignas que aparecen con una frecuencia similar entre sí ⁽⁴⁾.

La indicación más frecuente para la cirugía de la glándula parótida es la resección de una neoplasia. La técnica quirúrgica ha cambiado con el paso del tiempo entre sus formas más conservadoras y radicales. La cirugía parotídea se inicia a principios de 1800 con la enucleación de las masas tumorales, presentando baja tasa de complicaciones postoperatorias pero una alta recidiva, explicada principalmente por la permanencia de la cápsula tumoral in situ del tumor, siendo el más frecuente, el adenoma pleomorfo, de naturaleza benigna ⁽²⁾. Este hecho dio paso a cirugías más radicales como la parotidectomía total, logrando disminuir la recidiva tumoral, pero al mismo tiempo aumentando complicaciones como parálisis del nervio facial, el síndrome de Frey y alteraciones cosméticas. Estudios subsiguientes han logrado conseguir el equilibrio entre la resección completa de la masa tumoral y menor riesgo de recidiva. Por otro lado, la necesidad de disminuir las complicaciones postoperatorias asociadas. La parotidectomía superficial y la disección extracapsular se han posicionado con fuerza, tras demostrar su efectividad en la disminución de las mencionadas complicaciones, sin implicar un aumento de la tasa de recidiva ⁽³⁾.

Planteamiento y delimitación del problema

El pilar en el tratamiento de las neoplasias de la glándula parótida continúa siendo la cirugía. No obstante, aún existe discusión en cuanto al mejor procedimiento quirúrgico para la excéresis de neoplasias benignas de la glándula parótida. El abordaje más conservador es realizar una parotidectomía superficial para los tumores que invaden el lóbulo superficial y parotidectomía total en tumores que invaden el lóbulo profundo ⁽⁴⁾. El razonamiento de un abordaje conservador es remover tanto tejido parotídeo alrededor del tumor como sea posible para minimizar el riesgo de recurrencia y al mismo tiempo tener control sobre el nervio facial.

Los defensores de la parotidectomía parcial o la disección extracapsular argumentan que las técnicas de exploración limitada tienen una tasa de recurrencia comparable pero resultados similares o mejores. Prerrequisitos importantes para buenos resultados después de un abordaje limitado parecen estar relacionados a la individualización de los casos en la escogencia de la técnica quirúrgica y la experiencia del cirujano. Por otra parte, la disección extracapsular pudiera derivar en una alta incidencia de recurrencia de la neoplasia ⁽⁴⁾.

Basados en las consideraciones anteriores, los autores proponen un estudio con el propósito de conocer ¿cuál será la experiencia quirúrgica en parotidectomías realizadas en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas? , ¿cuál será el tipo de parotidectomías realizadas? , ¿cuál será la epidemiología y el tipo histológico más frecuente? y ¿qué complicaciones se presentaron? .

Justificación e importancia

En 2013, Mahmoud et al ⁽⁵⁾ reportan una incidencia del 75% al 86% de neoplasias en la glándula parótida en los pacientes que acudieron a la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” situada en Valencia, estado Carabobo, durante el período comprendido desde enero de 2009 hasta enero de 2012. Para el año 2013, en Venezuela se reportan 41 muertes a causa de tumores malignos de parótida ⁽⁶⁾. El manejo de las neoplasias parotídeas es aún tema de controversia debido a la alta recidiva de lesiones y la variabilidad en los límites de resección. Esto supone un área

de interés desde el punto de vista clínico, y quirúrgico para el servicio de Otorrinolaringología en superar las dificultades implícitas en el manejo de estas.

Con el advenimiento de tendencias quirúrgicas menos invasivas y mejoras en las técnicas imagenológicas, se hace necesario evaluar los estándares del manejo de las neoplasias parotídeas en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas con el fin de minimizar errores inherentes al manejo quirúrgico que puedan traer consecuencias para el paciente, lo cual constituye el motivo del siguiente estudio.

La importancia de este trabajo radica en que al ser un estudio original, brinda un aporte a nivel institucional, ya que no existen reportes previos de experiencia quirúrgica en parótida en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas. Al mismo tiempo, esta investigación puede convertirse en referencia para trabajos futuros en el programa de especialización en Otorrinolaringología.

Antecedentes

La evolución de la cirugía de tumores de la glándula parótida va desde una cirugía muy limitada en el siglo XIX (enucleación), asociado a tasas de recurrencia en adenoma pleomórfico de 20 a 40% ^(7,8), hasta una cirugía más extensa con la que se obtuvo mejorías significativas en la tasa de recurrencias (20-45%) (McGurk et al., O'Brien et al. y Papadogeorgakis et al. ^(9,10, 11)). El factor responsable en este cambio fue la insatisfacción general en la alta incidencia de recurrencia de tumores mixtos de parótida después de la enucleación. Esta cirugía más formal, progresivamente introducida en la mitad del siglo XX, consistía principalmente en la parotidectomía superficial (también conocida como lateral, suprafacial o exofacial) como la técnica mínimamente invasiva en la mayoría de las escuelas. Sin embargo para algunas instituciones, la cirugía mínima aceptada, aún para patologías benignas, era la parotidectomía total con preservación del nervio facial.

En 1950, Klopp y Winship ⁽¹²⁾ usaron por primera vez el término parotidectomía subtotal. Sus estudios arrojaron que la glándula parótida tiene extensiones numerosas y variables. "Mientras estas prolongaciones son frecuentemente removidas en la

parotidectomía subtotal, el margen de escisión es tan delgado que no debería haber reparo en cuanto a la remoción total de la glándula ⁽¹³⁾. Esta afirmación es bastante realista y ha sido utilizada por otros autores, pero el término parotidectomía subtotal ha tomado un significado diferente para otros. La misma resección también fue llamada “parotidectomía casi total” o “parotidectomía superficial extendida” ⁽¹⁴⁾.

En 1982, Stevens y Hobsley ⁽¹⁵⁾ utilizaron términos diferentes: los nombres parotidectomía primaria y secundaria fueron empleados para la revisión inicial de la cirugía de parótida y el término parotidectomía semiconservadora fue utilizada para los casos donde una porción del nervio facial se sacrificara durante la cirugía. Este movimiento entorno a una cirugía más extensa fue expuesto desde la década de los 80, mayoritariamente en Gran Bretaña.

En este contexto, el término “disección extra capsular” aparece definido como una disección meticulosa justo al margen de la cápsula del tumor donde se encuentra el plano de clivaje ⁽¹⁶⁾. La disección extracapsular intenta la resección del tumor benigno en contraposición de la enucleación que básicamente se trata de la excéresis del tumor de su cápsula, sin la remoción completa de la glándula.

En 1984, Danovan y Conley ⁽¹⁷⁾ realizaron una revisión de las debilidades de las cirugías tradicionales de parótida obteniendo las siguientes conclusiones: (a) el concepto de monobloc es alterado en las instancias donde el nervio entra en el tumor o en tumores del lóbulo profundo de la parótida. (b) Frecuentemente (60%) la neoplasia está tan próxima al nervio que debe emplearse una escisión capsular limitada, para preservar el nervio.

Estas conclusiones y el resultado de otros estudios han promovido cirugías menos extensas en lugar de parotidectomías superficiales. Lyle, Vandenberg et al., Yamashita et al., and Leverstein et al. hablan de “parotidectomía parcial completa” y O’Brien et al. ^(18,19,20,21,22) de “parotidectomía superficial limitada”.

Progresos en estudios imagenológicos, citología a través de punción-aspiración con aguja fina y monitoreo del nervio facial pueden ser los responsables de la reciente

popularización de resecciones más amplias que las enucleaciones pero son menos invasivas que una parotidectomía superficial completa.

Al hablar del rol de la punción aspiración con aguja fina (PAAF), se conoce que su uso permanece aún controvertido para el diagnóstico preoperatorio de neoplasias de la glándula parótida. No obstante, representa un método seguro, confiable y rápido, y un procedimiento rentable que tiene el potencial de diferenciar tanto en enfermedad no neoplásica y neoplásica, como entre las neoplasias benignas y malignas ⁽²³⁾. La PAAF ofrece al cirujano la capacidad de estratificar el riesgo de los pacientes, aconsejarlos apropiadamente y evitar la cirugía en aquellos casos donde no es apropiado o innecesario. La sensibilidad y especificidad de la PAAF parotídea para distinguir neoplásico de no neoplásico (por ejemplo, infección) está entre 79% y 100%, y entre 71% y 100% respectivamente ⁽²⁴⁾. La sensibilidad y especificidad de la PAAF para distinguir entre benigno y neoplasia maligna es entre 33% y 100%, y entre 67% y 100% respectivamente ⁽²⁵⁾. La sensibilidad es generalmente más baja y más variable que la especificidad. La variabilidad en la precisión del diagnóstico varía con experiencia del operador y ubicación geográfica debido a diferencias en los patrones de referencia, así como en la prevalencia de enfermedad benigna y maligna ⁽²⁶⁾.

En cuanto a la decisión de la técnica quirúrgica adecuada a emplear en el tratamiento de las neoplasias de la glándula parótida, la mayoría de los estudios en los que se practica disección extracapsular provienen de centros europeos donde se recomienda este procedimiento para tumores pequeños y móviles del lóbulo superficial. McGurk ⁽⁹⁾ reportó una de las series más grandes en las que se compara la disección extracapsular con la parotidectomía superficial, utilizando un punto de corte de 4 cm para el empleo de esta técnica, así como la determinación intraoperatoria de la movilidad del tumor para la decisión del procedimiento quirúrgico más apropiado.

En la revisión de las complicaciones postoperatorias, estudios muestran que el riesgo de paresia del nervio facial después de disección extracapsular de tumores de 4 cm o parotidectomía para tumores benignos de parótida fue 21% mayor comparado con 4% para tumores más pequeños. En general se evidencia mayor incidencia de

parálisis del nervio facial o paresia y síndrome de Frey en el grupo de pacientes que se sometieron a parotidectomía superficial ⁽²⁷⁾.

En relación a las tasas de recurrencia, un número de estudios ya han demostrado que en el caso de los adenomas pleomórficos no es mayor con el empleo de la disección extra capsular que con parotidectomía superficial o total (McGurk et al. ⁽⁹⁾, Rehberg et al. ⁽²⁸⁾, Hancock ⁽²⁹⁾ y Witt ⁽³⁰⁾). Por ejemplo, después de un período de seguimiento de 12.5 años McGurk et al. ⁽⁹⁾ encontraron una tasa de recurrencia del 2% tanto con disección extracapsular (n = 380) como con parotidectomía superficial (n = 95). Rehberg et al. ⁽²⁸⁾ reportaron tasas de recurrencia del 2,3% después de la disección extracapsular, 0% después de la parotidectomía superficial y 15,4% después de la parotidectomía total. Ni Hancock ⁽²⁹⁾ ni Smith y Komisar ⁽³¹⁾ observaron recidivas después de la disección extracapsular en 42 y 27 pacientes, respectivamente. La tasa de recurrencia informada con disección extracapsular es similar a la informada con parotidectomía superficial y total, es decir, 0-5% (Laccourreye y cols. ⁽³²⁾, McGurk y cols. ⁽⁹⁾, Rehberg et al. ⁽²⁸⁾, Guntinas-Lichius y col. ⁽³³⁾).

En Venezuela, el Dr. Eliseo Acosta (1818-1879), alumno del Dr. José María Vargas, clínico, internista y cirujano, reemplazó al Dr. Vargas en la cátedra de cirugía, practicó la primera extirpación parcial de la glándula parótida. Otro de los discípulos del Dr. Vargas fue el Dr. Guillermo Michelena Salías, fundador de la cátedra de cirugía operatoria y obstetricia y padre de la urología en el país, doctor en medicina en cuatro ciudades: Caracas, París, La Habana y Nueva York; cirujano muy hábil, realizó la extirpación total de la parótida con conservación del nervio facial en 1857⁽³⁴⁾. En 1905, Pablo Acosta Ortiz hace lo mismo en el Hospital Vargas de Caracas ⁽³⁵⁾, al igual que otros como el Dr. Jorge González Celis ⁽³⁶⁾. Por otro lado, las distintas incisiones fueron introducidas por Berard en 1823. Sin embargo, la primera descripción de una incisión específica de acceso a la región parotídea, a fin de realizar una parotidectomía se le concede a Gutiérrez en 1903.

En 2000, García et al ⁽³⁷⁾ estudiaron la incidencia de patología tumoral en el Hospital Domingo Luciani de Caracas, Venezuela, realizándose manejo quirúrgico en

17 de 23 pacientes incluidos en el estudio, siendo el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado la parotidectomía superficial.

Asimismo, en 2016, Carmona ⁽³⁸⁾, reporta la experiencia quirúrgica en patología neoplásica de parótida en el Hospital Ana Francisca Pérez de León en Caracas, Venezuela, habiendo realizado parotidectomías superficiales en 100% de los pacientes.

Marco teórico

Tipos de parotidectomía

Parotidectomía parcial: resección de la glándula parótida con margen de tejido parotídeo sano.

Parotidectomía superficial: resección del lóbulo superficial de la parótida.

Parotidectomía total: resección completa de la glándula, usualmente con preservación del nervio facial.

La decisión sobre qué tipo de abordaje quirúrgico, incisión y extensión se basa en cinco factores: histología, tamaño, movilidad, ubicación del tumor, así como la experiencia del cirujano ⁽²⁵⁾. La histología claramente maligna requiere un procedimiento más extenso.

La ubicación es de suma importancia cuando se considera el abordaje, la incisión y la extensión. Según el más reciente consenso de la Sociedad Europea de Glándulas Salivales la parótida se puede subdividir en cinco niveles: I (superior superficial), II (inferior superficial), III (inferior profunda), IV (superior profunda), V (accesoria) ⁽⁴⁰⁾. Estas subdivisiones se realizan en base a reparos anatómicos que incluyen: un plano creado por el nervio facial que subdivide los lóbulos profundos y superficiales; un punto creado por intersección de un plano que pasa por la bifurcación del nervio facial en sus dos ramos mayores (temporo facial y cervico facial) y el conducto de Stenon, que subdivide la glándula en los niveles superior e inferior ⁽²⁶⁾. Las áreas de la glándula parótida que tienen la mayor cantidad de tejido o sustancia

salival también tienen riesgo más bajo de lesión del nervio facial. Esto incluye la cola, la división inferior superficial posterior y el lóbulo inferior profundo.

Como parte de la preparación preoperatoria del paciente se sugiere realizar estudio histológico mediante punción y aspiración con aguja fina (PAAF). Sin embargo, aún existe debate alrededor de este procedimiento, debido a la conducta quirúrgica invariable en el manejo de la patología maligna de la glándula parótida. Algunos autores sostienen que el estudio histológico previo puede ser particularmente útil en el diagnóstico de lesiones sospechosas de malignidad, para el estadiaje y dirección en la conducta ⁽⁴¹⁾. Mallon et al ⁽²⁶⁾ reportan sensibilidad y especificidad de la PAAF para patología maligna de parótida de 52% y 92% respectivamente.

Tipos de incisión

La incisión modificada de Blair, inicialmente descrita por Blair en 1918 y posteriormente modificada por Bailey en 1941, es la incisión estándar más utilizada por los cirujanos de cabeza y cuello entrenados en cirugía de parótida y la más frecuentemente usada en tumores benignos de parótida. Esta técnica es excelente ya que ofrece exposición amplia y permite de forma segura y efectiva la identificación del nervio facial y sus ramos, así como la remoción del tumor ⁽³⁹⁾.

En general se diseña un trayecto en forma de «bayoneta» que consta de tres segmentos: un segmento vertical preauricular que sigue el surco pretragal (se localiza fácilmente al plegar el trago entre los dedos pulgar e índice) y se extiende desde el pie del hélix hasta el lóbulo de la oreja; pudiéndose mejorar la exposición si se practica un corte horizontal en la parte superior; un segmento intermedio, horizontal o ligeramente incurvado hacia arriba, que rodea la inserción del lóbulo y se detiene en el borde anterior de la mastoide; un segmento vertical que desciende a lo largo del borde anterior del ECM, alcanza el pliegue de flexión cervical superior y desciende a dos traveses de dedo del borde inferior de la mandíbula, para terminar a unos 2-3 cm por delante de su ángulo ⁽⁴²⁾.

Parotidectomía parcial

Se realiza la incisión de Blair modificada, se levantan los colgajos cutáneos y se localiza el tumor. Si el tumor es móvil y no muestra hallazgos macroscópicos sospechosos de malignidad, se procede a realizar la parotidectomía parcial que consiste en la remoción del tumor con preservación de la cápsula sin exposición del tronco principal del nervio facial ⁽³⁹⁾.

Parotidectomía superficial

La ablación del lóbulo superficial se lleva a cabo desde atrás hacia adelante, siguiendo una por una las ramas de la división nerviosa y comenzando por el lado opuesto al tumor (es decir, a lo largo de las ramas superiores en caso de tumor inferior, e inversamente). La liberación del polo superficial en la periferia requiere: la localización y ligadura de algunos afluentes de los vasos temporales por arriba, de la vena yugular externa por abajo y de la vena comunicante intraparotídea. La disección del lóbulo superficial, guiado por la disección de las ramas nerviosas de segunda o tercera división, conduce al borde anterior de la glándula. La exposición de las últimas ramificaciones permite completar sin peligro la disección cutánea más allá del borde anterior de la glándula. En este momento, el lóbulo se sostiene tan sólo por una charnela vertical. En su parte media, se puede individualizar y seccionar entre dos pinzas un pedículo transversal, correspondiente al conducto de Stenon y a la arteria transversa de la cara ⁽²⁹⁾.

Parotidectomía profunda

De forma simplificada, la excéresis del lóbulo profundo comprende tres tiempos: el control del pedículo carotídeo externo en su entrada a la celda, la liberación completa del tronco del facial y de sus ramas del parénquima subyacente, y la excéresis glandular propiamente dicha ⁽⁴²⁾.

Complicaciones

Entre las complicaciones tempranas tenemos la; Parálisis facial: la cual se produce por una lesión directa del nervio, accidental o necesaria, comprobada durante

la práctica de la parotidectomía, se debe reparar si es posible en el mismo tiempo operatorio ⁽⁴³⁾. En caso de que el nervio facial se sacrifique por motivos «oncológicos» ⁽⁴⁴⁾, es indispensable el análisis extemporáneo de los extremos, debido al neurotropismo de ciertos tumores como el carcinoma adenoideo quístico. Solamente se puede plantear la reconstrucción nerviosa si la resección ha sido satisfactoria.

De igual forma entre las complicaciones tardías tenemos; el Síndrome de Frey: el cual también se denomina síndrome auriculotemporal ⁽³²⁾ y se caracteriza por la aparición, algunos meses después de la intervención, de enrojecimiento y sudoración en la región parotídea durante las comidas. Su intensidad es variable, presentando desde congestión discreta hasta sudoración profusa de la región temporoparotídea.

Su frecuencia varía en los diferentes estudios entre el 10 y el 40%. Según algunos autores ⁽⁴⁶⁾ parece que la incidencia aumenta cuando la disección del tejido subcutáneo de la parotidectomía es muy superficial y pasa inmediatamente por debajo de los folículos pilosos.

Bolsas y fístulas salivales postoperatorias: se suelen observar después de una parotidectomía parcial. Para su tratamiento se requieren punciones repetidas y más raramente el drenaje con introducción de mechas y la colocación de un apósito compresivo. Una alternativa interesante consiste en la inyección local de doxiciclina para provocar adherencias. Excepcionalmente se indica una reintervención con parotidectomía total para tratar esta complicación, con los riesgos que conlleva.

Objetivo general

Describir la experiencia en parotidectomía superficial y total para el tratamiento de las neoplasias de la glándula parótida en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas desde enero 2005 hasta diciembre 2015.

Objetivos específicos

1. Identificar y describir la edad y género de pacientes con patología de la glándula parotídea.
2. Determinar el tipo de parotidectomía realizada.

3. Establecer los tipos histológicos encontrados en los pacientes sometidos a parotidectomía.
4. Comparar diagnóstico anatomopatológico obtenido mediante citología por punción-aspiración con aguja fina (PAAF) e histología definitiva.
5. Analizar las complicaciones tempranas y tardías post quirúrgicas.

Aspectos éticos

La jefatura del servicio y la coordinación académica del postgrado solicitaron por escrito autorización al departamento de historias médicas para la revisión de historias de pacientes con neoplasia de la glándula parótida de enero de 2005 a diciembre de 2010. Los investigadores se comprometieron con mantener la confidencialidad de los datos. Los datos obtenidos de las historias médicas se utilizaron en el ámbito académico de la presentación de la actual investigación.

MÉTODOS

Tipo de estudio.

Descriptivo de corte transversal retrospectivo con el estudio de una serie de casos.

Población y muestra.

Se trató de una población finita, compuesta por 47 pacientes que se le realizaron parotidectomía superficial y total del servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas, de los cuales se tomó como muestra 31 pacientes con patología de glándula parótida que fueron intervenidos quirúrgicamente en el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010, en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes con patología de glándula parótida intervenidos quirúrgicamente en el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010
- Pacientes con edad a partir de los 8 años de edad
- Pacientes sometidos a parotidectomía superficial y profunda en el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010.

Criterios de exclusión

- Pacientes con patología de manejo médico de glándula parótida.

Procedimientos

Se realizó una revisión y análisis de la bibliografía. Posteriormente se procedió a revisar y organizar las historias médicas de los pacientes con diagnóstico de patología quirúrgica que fueron sometidos a parotidectomía superficial o total en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas durante el período comprendido entre enero de 2005 a diciembre de 2010. Se recogieron los

datos según el cuestionario de datos diseñado para tal fin. Finalmente se realizó el procesamiento y análisis de la información obtenida.

Recursos humanos

- Médicos especialistas del servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas
- Médicos residentes del servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas.
- Personal administrativo del Departamento de Historias médicas

Recursos materiales

- Formulario de recolección de datos.
- Historias médicas.
- Hojas blancas.
- Impresora.
- Bolígrafos

Tratamiento estadístico adecuado.

Se creó una base de datos en el programa de Microsoft Excel ® en el cual se tabularon los datos obtenidos y se analizó utilizando el programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) que permitió el correcto análisis de los resultados. Para realizar la comparación de dos variables se utilizó la prueba estadística de chi-cuadrado.

RESULTADOS

Se revisaron 47 historias clínicas de pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Caracas, en el servicio de otorrinolaringología, en el período entre enero 2010 a diciembre 2015, con patología quirúrgica de parótida, de las cuales se excluyeron 16 que no cumplieron con los criterios de inclusión, obteniéndose una muestra final de 31 historias de pacientes que cumplían con los criterios de inclusión.

La edad de los pacientes estuvo comprendida entre 8 y 74 años, con una media de 45,9 años, la mayor parte de los casos se situaron en el intervalo de 40 a 49 años (ver tabla 1). La mayoría de los casos resueltos quirúrgicamente, pertenecieron al género masculino con un 61,3% (n=19), mientras que el 38,7% (n=12) pertenecieron al género femenino (ver tabla 2).

La localización tumoral más frecuente fue en el lóbulo superficial en un 61,3% (n=19), seguido de lóbulo superficial y profundo en 32,3% (n=10) y lóbulo profundo en 6,5% (n=2) (ver tabla 3).

El diagnóstico citológico mediante PAAF más frecuente fue adenoma pleomórfico (38,7%; n=12), seguido de quiste benigno (19,3%; n=6) y, carcinoma escamoso (6,4%, n=2) (ver tabla 4); con un total de 23 tumores benignos (85,2%) y 4 tumores malignos (14,8%) (ver tabla 5), tomando en cuenta que a 4 pacientes la toma de muestra por PAAF fue insuficiente. El diagnóstico histológico definitivo más frecuente fue adenoma pleomórfico (48,4%, n=15), seguido de quiste benigno (n=5, 16,1%) (ver tabla 6), carcinoma escamoso y tumor de Whartin (9,7%, n=3, cada uno); con un total de 25 tumores benignos y 6 tumores malignos (ver tabla 7).

Se realizaron 19 parotidectomías superficiales (61,3%) y 12 parotidectomías totales (38,7%), una de estas últimas acompañadas de disección cervical (ver tabla 8). La mayoría de los casos no presentaron complicaciones postoperatorias (83,9%, n=26), mientras que 5 (16,1%) de los pacientes presentaron complicaciones tempranas: parálisis facial periférica (ver tabla 9). El 12,9% (n=4) presentó recurrencia del tumor a los 5 años de seguimiento y 87,1% (n=27) no presentó recurrencia de la enfermedad a los 5 años de seguimiento (ver tabla 10).

En el tipo de parotidectomía realizada con las complicaciones postoperatorias se obtuvo que el 10,5% (n=2) de los pacientes a los que se le realizó parotidectomía parcial superficial presentaron complicaciones tempranas, mientras que el 25% (n=3) de los pacientes a los que se le realizó parotidectomía profunda presentó complicaciones tempranas (ver tabla 11). Ninguno de los pacientes tuvo complicaciones tardías inherentes al acto operatorio.

Por otro lado, el resultado del estudio anatomopatológico obtenido por PAAF y la histología definitiva, se obtuvo una coincidencia del 100% en el caso de diagnóstico de adenoma pleomorfo (n=12), quiste benigno (n=5), carcinoma escamoso (n=2) y tumor de Whartin (n=1) (ver tabla 13). En los pacientes con diagnóstico de carcinoma de células ductales, lesión epitelial y tumor epitelial de bajo grado no hubo coincidencia entre el estudio anatomopatológico obtenido por PAAF y el diagnóstico a través de la histología definitiva (ver tabla 12).

DISCUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos en la investigación se observó que la patología quirúrgica de glándula parótida es más frecuente en el género masculino (ver tabla 2) y en el grupo etario comprendido entre las edades 40 y 49 años (ver tabla 1), tal como lo encontrado por autores en población venezolana como Mahmoud et al.

Se conoce que la frecuencia de tumores benignos de la glándula parótida es de 80% ⁽¹⁾, lo que concuerda con lo obtenido en la muestra estudiada (ver tabla 7). De estos, el más común es el adenoma pleomorfo (65%) ⁽¹⁾, en la muestra representando el 48,4% (n=15) (ver tabla 6). El 20% restante corresponde a tumores malignos ⁽¹⁾, correspondiendo con los datos obtenidos a partir de la muestra estudiada (ver tabla 7).

Tal como se encuentra en la literatura, en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas se emplea la citología mediante PAAF como parte del manejo inicial de tumores de la glándula parótida. En el estudio se encontró una precisión para el diagnóstico de patología de la glándula parótida de 74,0%, sensibilidad 92,5% y especificidad de 100%, comparable al encontrado en la literatura con precisión del 56% ⁽²⁴⁾, sensibilidad entre 81% ⁽⁴⁷⁾ y 86% ⁽²³⁾ y especificidad entre 61% ⁽⁴⁷⁾ y 99% ⁽²⁴⁾. Para el diagnóstico de adenoma pleomorfo a través de citología mediante PAAF, se obtuvo precisión del 100% al comparar el resultado obtenido entre citología e histología, que corresponde con otros estudios en los que se encontró precisión del 82% ⁽²³⁾; 87% ⁽⁴⁸⁾ y 94% ⁽⁴⁹⁾ de los casos. El estudio muestra que el análisis citológico de los tumores de glándula parótida constituye un método útil y preciso para el diagnóstico preoperatorio y planificación del tratamiento quirúrgico. Así mismo, la detección de tumores malignos pudiera ayudar y preparar tanto al cirujano, como al paciente para la selección de la técnica quirúrgica. No obstante deben considerarse otros métodos diagnósticos como el corte congelado, en los casos de sospecha de tumor maligno, debido la baja sensibilidad del mismo para el diagnóstico de patología tumoral maligna ⁽²⁶⁾.

La localización más frecuente de lesión fue en el lóbulo superficial (61,3%), lo que corresponde con la misma frecuencia de parotidectomías superficiales (61,3%). En el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas se emplea

la parotidectomía superficial para el tratamiento de lesiones en el lóbulo superficial, siguiendo los lineamientos de la escuela clásica en la que se practica la parotidectomía superficial como la técnica mínimamente invasiva para el abordaje de patología tumoral del lóbulo superficial ⁽⁴¹⁾. Se obtuvo control local en el 100% (n=19) de los pacientes en los que se abordaron lesiones del lóbulo superficial mediante parotidectomía superficial. El empleo de esta técnica para el tratamiento de lesiones del lóbulo superficial supone un reto debido a que con mayor cantidad de tejido resecado, mayor tasa de complicaciones ⁽⁴¹⁾. No obstante, en la investigación se encontró sólo 2 casos (10,5%) con complicaciones postoperatorias tempranas y ningún caso con complicaciones postoperatorias tardías, mediante el uso de parotidectomía superficial para el tratamiento de patología de la glándula parótida en el lóbulo superficial, lo que contrasta con estudios como el de Mehta y Nathan en donde se reportan complicaciones tempranas del 10,6 % y tardías en un 0,6% ⁽⁵⁰⁾, se encontró mayor tasa de complicaciones como paresia, parálisis del nervio facial y síndrome de Frey en el grupo de pacientes a los que se les practicó parotidectomía superficial como tratamiento en lesiones benignas del lóbulo superficial de la glándula parótida.

Los datos de estos grandes estudios retrospectivos claramente favorecen técnicas menos invasivas como la parotidectomía parcial superficial por disección extracapsular, pero deben ser analizados con precaución, teniendo en cuenta la naturaleza retrospectiva de la mayoría de estos estudios. Además, inherente a la técnica de la disección extracapsular, está la toma de decisiones intraoperatoria en cuanto a la extensión de la cirugía. Así los tumores más desafiantes o preocupantes se eliminan utilizando técnicas de parotidectomía más extensas. Estos dos factores distorsionan los resultados. Por otro lado, se debe tomar en cuenta que los resultados también provienen de grandes centros terciarios de referencia con alto volumen quirúrgico y gran experiencia técnica, por lo que la aplicación de esta técnica es recomendada para cirujanos con mucha experiencia.

De las 12 parotidectomías totales que se realizaron, 6 de estas fueron debido a patología maligna, obteniéndose control local en un 66,66% (n=8) y complicaciones postoperatorias tempranas en un 25% (n=3) (ver tabla 11). En otros estudios, como el

publicado por la clínica de Mayo en 2014 ⁽⁵¹⁾, en su experiencia en el uso de parotidectomía total para enfermedad metastásica y enfermedad primaria de la glándula parótida, se obtienen mejores resultados en cuanto a control local, con tasas entre 93-100%. Por otro lado, en el tratamiento de patología benigna mediante parotidectomía total, se obtuvo control local en el 100% de los casos y no se observaron complicaciones postoperatorias tempranas ni tardías.

CONCLUSIÓN

Todos los cirujanos que realizan parotidectomías concuerdan que se trata de una cirugía intrincada y elegante. Resulta en un reto por una variedad de razones: 1) la anatomía del nervio facial es variable, 2) el adenoma pleomorfo tiene una cápsula inconstante y pseudópodos (márgenes de resección variables), 3) la carencia de fiabilidad inherente a las pruebas diagnósticas preoperatorias y 4) la similitud clínica en estadios iniciales de lesiones malignas.

El uso de la citología mediante PAAF para el diagnóstico preoperatorio, asociado a la anamnesis y clínica del paciente, resulta una herramienta útil en planificación del abordaje quirúrgico. Una vez determinado el tipo de lesión, se procede a realizar parotidectomía superficial o profunda tomando en cuenta principalmente el diagnóstico preoperatorio y ubicación de la lesión. Otros factores como la experiencia del cirujano y la sospecha clínica de lesión maligna juegan un rol importante en la toma de decisión del abordaje quirúrgico. Las complicaciones tempranas y tardías son variables e independientes de la técnica quirúrgica empleada.

La parotidectomía superficial es una técnica quirúrgica segura para el tratamiento de lesiones benignas de la glándula parótida. El análisis citológico por punción previa de las neoplasias constituye un método útil para la planificación del tratamiento quirúrgico.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan Carlos Valls y al Dr. José Potente por su dedicación y orientación en la elaboración del trabajo.

REFERENCIAS

1. Spiro RH. Salivary neoplasms: overview of a 35-year experience with 2,807 patients. *Head Neck Surg*, 1986; 8:177–184.
2. Cawson RA. Salivary gland tumours. A review of 2410 cases with particular reference to histological types, site, age and sex distribution. *J Pathol*, 1985; 146:51–58.
3. Hunter RM, Davis BW, Gray GF, Jr, et al. Primary malignant tumors of salivary gland origin. A 52-year review. *Am Surg*, 1983; 49:82– 89.
4. Helmus C. Subtotal parotidectomy: a 10-year review (1985 to1994). *Laryngoscope* 1997; 107:1024–1027.
5. Mahmoud B, Magatón A, Pinto M, González H, Magatón D. Incidencia de tumor de glándula parótida. *Rev Venez Oncol* 2013; 25(2): 109-112.
6. Anuario de Mortalidad 2013 del Ministerio del Poder Popular para la Salud. Caracas, Venezuela. Enero, 2015.
7. McFarland J. Three hundred mixed tumors of the salivary glands, of which sixty-nine recurred. *Surg Gynecol Obstet* 1936; 63:457–468.
8. Benedict EG, Meigs JV. Tumors of the parotid gland: a study of 225 cases with complete end-results in 80 cases. *Surg Gynecol Obstet* 1930; 51:626–647.
9. McGurk M, Renehan A, Gleave EN. Clinical significance of the tumour capsule in the treatment of parotid pleomorphic adenomas. *Br J Surg* 1996; 83: 1747–1749.
10. O'Brien CJ. Current management of benign parotid tumors — the role of limited superficial parotidectomy. *Head Neck* 2003; 25: 946 – 952.
11. Papadogeorgakis, N, Skouteris CA, Mylonas AI. Superficial parotidectomy: technical modifications based on tumour characteristics. *J Craniomaxillofac Surg* 2004; 32: 350 – 353.

12. Klopp CT, Winship T. Treatment of mixed tumors of the parotid gland by subtotal parotidectomy. *Arch Surg* 1950; 61:477–486.
13. Patey DH. The present position of parotidectomy in the surgery of the parotid gland. *Arch Middx Hosp* 1954; 4:91–105.
14. Novotny GM, Pirozynski WJ. Tumors of major salivary glands. Review of 100 consecutive cases treated at the Royal Victoria Hospital, Montreal, Canada. *Laryngoscope* 1968; 78:2160–2169.
15. Stevens KL, Hobsley M. The treatment of pleomorphic adenomas by formal parotidectomy. *Br J Surg* 1982; 69:1–3.
16. Gleave EN, Whittaker JS, Nicholson A. Salivary tumours—experience over thirty years. *Clin Otolaryngol* 1979; 4:247–257.
17. Danovan DT, Conley JJ. Capsular significance in parotid tumor surgery: reality and myths of lateral lobectomy. *Laryngoscope* 1984; 94:324–329.
18. Lyle FM. Surgical consideration of parotid tumors. *Am J Surg* 1956; 91:332–338.
19. Vandenberg HJ Jr, Kambouris A, Pryzybylski T, Rachmaninoff N. Salivary tumors: clinicopathologic review of 190 patients. *Am J Surg* 1964; 108:480–484.
20. Yamashita T, Tomoda K, Kumazawa T. The usefulness of partial parotidectomy for benign parotid gland tumors: a retrospective study of 306 cases. *Acta Otolaryngol Suppl* 1993; 500:113–116.
21. Leverstein H, van der Wal JE, Tiwari RM, Van der Waal I, Snow GB. Surgical management of 246 previously untreated pleomorphic adenomas of the parotid gland. *Br J Surg* 1997; 84:399–403.
22. O'Brien CJ, Malka VB, Mijailovic M. Evaluation of 24 consecutive parotidectomies performed for benign and malignant disease. *Aust N Z J Surg* 1993; 63: 870–877.

23. Zurrída S, Alasio L, Tradati N, Bartoli C, Chiesa F, Pilotti S. Fine-needle aspiration of parotid masses. *Cancer* 1993; 72: 2306–2311.
24. QueHee CG, Perry CF. Fine-needle aspiration cytology of parotid tumours: is it useful? . *ANZ J Surg* 2001; 71:345–8.
25. Peng Y, Wang HH. A meta-analysis of comparing fine-needle aspiration and frozen section for evaluating thyroid nodules. *Diagn Cytopathol* 2008; 36:916–920.
26. Mallon DH, Kostalas M, MacPherson FJ, et al. The diagnostic value of fine needle aspiration in parotid lumps. *Ann R Coll Surg Engl* 2013; 95 (4): 258-62.
27. Barzan L, Pin M. Extra-capsular dissection in benign parotid tumors. *Oral Oncol* 2012; 48: 977–9.
28. Rehberg E, Schroeder HG, Kleinsasser O. Surgery in benign parotid tumors: individually adapted or standardized radical interventions?. *Laryngorhinootologie* 1998; 77: 283 – 288.
29. Hancock BD. Clinically benign parotid tumours: local dissection as an alternative to superficial parotidectomy in selected cases. *Ann R Coll Surg Engl* 1999; 81: 299 – 301.
30. Witt RL. The significance of the margin in parotid surgery for pleomorphic adenoma. *Laryngoscope* 2002; 112: 2141 – 2154.
31. Smith SL, Komisar A. Limited parotidectomy: the role of extracapsular dissection in parotid gland neoplasms. *Laryngoscope* 2007; 117: 1163 – 1167.
32. Laccourreya H, Laccourreya O, Cauchois R, et al. Total conservative parotidectomy for primary benign pleomorphic adenoma of the parotid gland: a 25-year experience with 229 patients. *Laryngoscope* 1994; 104: 1487 – 1494.

33. Guntinas-Lichius O, Klussmann JP, Wittekindt C. Parotidectomy for benign parotid disease at a university teaching hospital: outcome of 963 operations. *Laryngoscope* 2006; 116: 534 – 540.
34. Briceño L. Grandes maestros de la cirugía Venezolana. *Gac Méd Caracas*. 2000; 108:454-512.
35. Plaza F. Efemérides médicas Venezolanas y días estelares *Gac Méd Caracas*. 2001; 109: 613-619.
36. Ravelo C. Profesor, Doctor Jorge González Celis. *Gac Méd Caracas*. 2002; 110: 235-239.
37. García S, Rodríguez M, Vargas S, Sano R, Cedeño S. Patología tumoral de las glándulas salivales mayores: experiencia del Hospital Dr. Domingo Luciani. *Acta otorrinolarigol* 2000; 12 (2): 73-76.
38. Carmona E. Experiencia quirúrgica en parotidectomía superficial y profunda, en el servicio de Cirugía General, del Hospital Ana Francisca Pérez de León II. Noviembre, 2016.
39. Cracchiolo J, Shaha A. Parotidectomy for Parotid Cancer. *Otolaryngol Clin N Am* 2016; 49: 415-424.
40. Quer M, Guntinas-Lichius O, Marchal F, Vander Poorten V, Chevalier D, León X, Eisele D, Dulguerov P. Classification of parotidectomies: a proposal of the European Salivary Gland Society. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2016 Oct; 273(10): 3307-3312.
41. Larian B. Parotidectomy for Benign Parotid Tumors. *Otolaryngol Clin N Am* 2016; 49: 385-413.
42. Petelle B, Sauvaget E, Tran Ba Huy P. Parotidectomías. *Enciclopedia Médico-Quirúrgica* 20014; 46(510): 1-12.
43. Muhlke A. Surgery of the facial nerve. Munchen: Urban und Schwarzenberg, 1973.

44. Casler JD, Conley JJ. Surgical management of adenoid cystic carcinoma in the parotid gland. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1992; 106: 332-338.
45. VonLindern JJ, Niederhagen B, Berge S, Reich RH. Treatment of Frey's syndrome with type A botulinum toxin: case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 1411-1414.
46. Singleton G, Cassisi N. Frey's syndrome: incidence related to skin flap thickness in parotidectomy. *Laryngoscope* 1980; 90: 1636-1639.
47. Piccioni LO, Fabiano B, Gemma M, Sarandria D, Bussi M. Fine-needle aspiration cytology in the diagnosis of parotid lesions. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*. 2011; 31(1): 1-4.
48. Zbären P, Schär C, Hotz MA, et al. Value of fine-needle aspiration cytology of parotid gland masses. *Laryngoscope* 2001; 111: 1989–92.
49. Orell SR. Diagnostic difficulties in the interpretation of fine needle aspirates of salivary gland lesions. *Cytopathology* 1995; 6:285–300.
50. Mehta V, Nathan CA. Extracapsular dissection versus superficial parotidectomy for benign parotid tumors. *Laryngoscope* 2015; 125: 1039–40.
51. Thom JJ, et al. The Role of Total Parotidectomy for Metastatic Cutaneous Squamous Cell Carcinoma and Malignant Melanoma. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014.

ANEXOS

Carta para solicitud de historias médicas



**SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS**

Caracas, 12 de julio de 2017

Dra. Morella Rebolledo

Adjunto Docente

Hospital Universitario de Caracas

Presente.-

Por medio de la presente le hago llegar la solicitud para la autorización de revisión de historias médicas del periodo 2005-2010 de pacientes con patología quirúrgica de la glándula parótida que se incluirán en el Trabajo Especial De Grado titulado: "Neoplasias de parótida: experiencia con la parotidectomía superficial y total" a cargo de los residentes: Dra. Janmaris Marin Fermín, C.I.: 18.814.855, Dr. Francisco Ramón Tabacco España, C.I.: 18.591.982.

Sin más a que hacer referencia, me despido

Atentamente

Dr. Juan Carlos Valls Puig

Jefe (E) Cátedra Otorrinolaringología

Formulario para la recolección de datos

| |
|---|
| FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS |
|---|

| | |
|--|---|
| #Historia clínica | |
| Edad | |
| Sexo | <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino |
| Ubicación de la lesión | <input type="radio"/> Lóbulo superficial <input type="radio"/> Lóbulo profundo |
| Tipo de parotidectomía | <input type="radio"/> Superficial <input type="radio"/> Total |
| Resultado histopatológico mediante punción aspiración con aguja fina | <input type="radio"/> Benigno <input type="radio"/> Maligno Diagnóstico: |
| Resultado histopatológico mediante biopsia intraoperatoria | <input type="radio"/> Benigno <input type="radio"/> Maligno Diagnóstico: |
| Complicaciones post- operatorio | <input type="radio"/> Tempranas <input type="radio"/> Tardías |
| Recurrencia | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |

Tabla 1.

Distribución por edad de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de la glándula parótida. Hospital Universitario de Caracas.

Enero 2005 - Diciembre 2010.

| Nro. de pacientes | Grupo Edad | | | | | | | | Total | % |
|-------------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|--------------|---------------|
| | 1-10 | 10 - 19 | 20 - 29 | 30 - 39 | 40 - 49 | 50 - 59 | 60 - 60 | 70 -79 | | |
| Total | 1 | 1 | 3 | 5 | 9 | 5 | 5 | 2 | 31 | 100,00 |
| % | 3,2 | 3,2 | 9,7 | 16,1 | 29,0 | 16,1 | 16,1 | 6,5 | 100,0 | |

Historias de pacientes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas sometidos a parotidectomía en el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010.

Tabla 2.

Distribución por género de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de la glándula parótida. Hospital Universitario de Caracas.

Enero 2005 - Diciembre 2010.

| Género | n | % |
|---------------|-----------|--------------|
| Masculino | 19 | 61,3 |
| Femenino | 12 | 38,7 |
| Total | 31 | 100,0 |

Historias de pacientes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas sometidos a parotidectomía en el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010.

Tabla 3.

Distribución por ubicación de la lesión de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de la glándula parótida. Hospital Universitario de Caracas.

Enero 2005 - Diciembre 2010.

| Ubicación de la lesión | n | % |
|-------------------------------|-----------|--------------|
| Lóbulo superficial | 19 | 61,3 |
| Lóbulo profundo | 2 | 6,5 |
| Lóbulo superficial y profundo | 10 | 32,3 |
| Total | 31 | 100,0 |

Historias de pacientes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas sometidos a parotidectomía en el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010.

Tabla 4.

Distribución según diagnóstico anatomopatológico mediante citología de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de la glándula parótida.

Hospital Universitario de Caracas. Enero 2005 - Diciembre 2010.

| Diagnóstico | n | % |
|-------------------------------|-----------|--------------|
| Adenoma pleomórfico | 12 | 38,7 |
| Quiste benigno | 6 | 19,3 |
| Muestra insuficiente | 4 | 12,9 |
| Carcinoma escamoso | 2 | 6,4 |
| Muestra sin atipias | 2 | 6,4 |
| Carcinoma de células ductales | 1 | 3,2 |
| Lesión epitelial | 1 | 3,2 |
| Nódulo benigno | 1 | 3,2 |
| Tumor de Whartin | 1 | 3,2 |
| Tumor epitelial bajo grado | 1 | 3,2 |
| Total | 31 | 100,0 |

Historias de pacientes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas sometidos a parotidectomía en el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010.

Tabla 5.

Distribución según tipo de lesión mediante diagnóstico por citología de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de la glándula parótida. Hospital Universitario de Caracas. Enero 2005 - Diciembre 2010.

| Tipo de lesión | n | % |
|-----------------------|-----------|--------------|
| Benigno | 23 | 74,2 |
| Maligno | 4 | 12,9 |
| Muestra Insuficiente | 4 | 12,9 |
| Total | 31 | 100,0 |

Historias de pacientes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas sometidos a parotidectomía en el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010.

Tabla 6.

Distribución según diagnóstico anatomopatológico mediante histología definitiva de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de la glándula parótida. Hospital Universitario de Caracas. Enero 2005 - Diciembre 2010.

| Diagnóstico | n | % |
|---------------------------|-----------|--------------|
| Adenoma pleomórfico | 15 | 48,4 |
| Quiste benigno | 5 | 16,1 |
| Carcinoma escamoso | 3 | 9,7 |
| Tumor de Warthin | 3 | 9,7 |
| Adenocarcinoma | 1 | 3,2 |
| Carcinoma epidermoide | 1 | 3,2 |
| Carcinoma mucoepidermoide | 1 | 3,2 |
| Sialoadenitis | 1 | 3,2 |
| Sialolitiasis | 1 | 3,2 |
| Total | 31 | 100,0 |

Historias de pacientes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas sometidos a parotidectomía en el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010.

Tabla 7.

Distribución según tipo de lesión mediante diagnóstico por histología definitiva de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de la glándula parótida. Hospital Universitario de Caracas. Enero 2005 - Diciembre 2010.

| Tipo de lesión | n | % |
|-----------------------|-----------|--------------|
| Benigna | 25 | 80,7 |
| Maligna | 6 | 19,3 |
| Total | 31 | 100,0 |

Historias de pacientes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas sometidos a parotidectomía en el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010.

Tabla 8.

Distribución por tipo de parotidectomía realizada de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de la glándula parótida. Hospital Universitario de Caracas. Enero 2005 - Diciembre 2010.

| Tipo de parotidectomía | n | % |
|-------------------------------|-----------|--------------|
| Parotidectomía superficial | 19 | 61,3 |
| Parotidectomía total | 12 | 38,7 |
| Total | 31 | 100,0 |

Historias de pacientes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas sometidos a parotidectomía en el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010.

Tabla 9.

Distribución por tipo de complicaciones postoperatorias de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de la glándula parótida. Hospital Universitario de Caracas.

Enero 2005 - Diciembre 2010.

| Tipo de complicaciones | n | % |
|-------------------------------|-----------|--------------|
| Complicaciones tempranas | 5 | 16,1 |
| Complicaciones tardías | 0 | 0 |
| Sin complicaciones | 26 | 83,9 |
| Total | 31 | 100,0 |

Historias de pacientes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas sometidos a parotidectomía en el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010.

Tabla 10.

Distribución por recurrencia de enfermedad en 5 años de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de la glándula parótida. Hospital Universitario de Caracas.
Enero 2005 - Diciembre 2010.

| Recurrencia | n | % |
|--------------------|-----------|--------------|
| Si | 4 | 12,9 |
| No | 27 | 87,1 |
| Total | 31 | 100,0 |

Historias de pacientes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas sometidos a parotidectomía en el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010.

Tabla 11.

Correlación entre tipo de parotidectomía y complicaciones postoperatorias de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de la glándula parótida. Hospital Universitario de Caracas. Enero 2005 - Diciembre 2010.

| Tipo de Parotidectomía | Complicaciones postoperatorias | | | | Total | |
|------------------------|--------------------------------|------|--------------------|------|-------|-----|
| | Tempranas | | Sin Complicaciones | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| Parotidectomía parcial | 2 | 10,5 | 17 | 89,5 | 19 | 100 |
| Parotidectomía total | 3 | 25 | 9 | 75 | 12 | 100 |

P=0, 286

Historias de pacientes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas sometidos a parotidectomía en el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010.

Tabla 12.

Correlación entre el diagnóstico anatomopatológico mediante citología e histología definitiva de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de la glándula parótida.
Hospital Universitario de Caracas. Enero 2005 - Diciembre 2010.

| Diagnóstico anatomopatológico | Comparación Diagnósticos | | | | Total n |
|----------------------------------|--------------------------|-------------|--------------|-------------|------------|
| | Coinciden | | No Coinciden | | |
| | n | % | n | % | |
| Adenoma pleomórfico | 12 | 100,0 | 0 | 0,0 | 12 |
| Quiste benigno | 3 | 60,0 | 2 | 40,0 | 5 |
| Carcinoma escamoso | 2 | 100,0 | 0 | 0,0 | 2 |
| Muestra sin atipias | 0 | 0,0 | 2 | 100,0 | 2 |
| Carcinoma de células ductales | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 1 |
| Lesión epitelial | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 1 |
| Lesión quística | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 1 |
| Nódulo benigno | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 1 |
| Tumor de Whartin | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1 |
| Tumor epitelial bajo grado | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 1 |
| Total | 18 | 66,7 | 9 | 33,3 | 27 |

P = 0,010

Historias de pacientes del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas sometidos a parotidectomía en el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010.