ARTÍCULO ORIGINAL

Rev Venez Oncol 2015;27(3):134-143

ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS POR NEUROTOMÍA DEL NERVIO FACIAL EN LA PAROTIDECTOMÍA

PEDRO SARMIENTO, WILFREDO PERFETTI, JOSÉ GUBAIRA, DANIEL VERDECCHIA, ANYELIN FERNÁNDEZ, JUAN SCARTON, RAMÓN TELLEZ, MARÍA ISABEL COBOS

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO".UNIVERSIDAD DE CARABOBO. VALENCIA, VENEZUELA

TRABAJO GANADOR PREMIO: DR. ESTEBAN GARRIGA MICHELENA. 2014

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar los resultados de la técnica de corrección de la incontinencia oral con cincha aponeurótica de tensor de la fascia lata y malla de polipropileno, en pacientes a los cuales se les practicó neurotomía quirúrgica del facial. **MÉTODO:** Estudio descriptivo transversal retrospectivo. La población fue de 19 pacientes con tumores de parótida durante 10 años (1990-2010) quienes ameritaron neurotomía quirúrgica del nervio facial. **RESULTADOS:** Al 63,16 % (12 pacientes) se le realizó suspensión de la comisura labial con fascia lata, y en 36,84 % (7 pacientes) fue el mismo procedimiento con malla de polipropileno, predominó el grado I al primer mes de evaluación con un 75 % y otros 3 pacientes (25 %) presentaron grado II. Para el sexto mes el porcentaje de pacientes con grado I se mantiene y aumenta la proporción de pacientes con grado II de corrección (33,3 % 4 casos). La mayoría estuvo libre de complicaciones posoperatorias; 52,63 % (10 casos). La complicación que afectó el resultado de pacientes a quienes se le realizó suspensión de la comisura facial fue la recaída con un 26,31 % (5 casos). **CONCLUSIONES:** Se obtuvieron resultados estéticos satisfactorios y observamos que el mantenimiento de la corrección de la comisura labial en el tiempo, está relacionada con la aparición de complicaciones y el comportamiento biológico de los tumores.

PALABRAS CLAVE: Parotidectomía, fascia lata, malla prolene, nervio facial, complicaciones.

SUMMARY

OBJECTIVE: To evaluate the results of the correction technique with the fascial sling oral incontinence tensor fascia lata and the use of polypropylene mesh in the patients who underwent surgical neurotomy facial. **METHOD**: This is a retrospective cross sectional and descriptive study. The population consisted in 19 patients with diagnostic of parotid tumors viewed for 10 years (1990-2010) this patients merited the surgical facial nerve neurotomy. **RESULTS**: At 63.16 % (12 patients) underwent labial commissure suspension with the fascia lata, and in 36.84 % (7 patients) was the same procedure with the use of the polypropylene mesh, dominated the grade I the first month of assessment with 75 % and 3 other patients (25 %) had grade II. For the sixth month the percentage of patients with grade maintaining and increasing the proportion of patients with grade II correction was (33.3 % = 4 cases). Most of postoperative complications was free; 52.63 % (10 cases). The complication that affected the majority outcome of patients was performed to the suspension of the facial commissure and they were relapse with 26.31 % (5 cases). **CONCLUSIONS**: We conclude that the satisfactory aesthetic results were obtained and we observed that maintaining the correctness of the labial commissure in time is related to the occurrence of complications and the biological behavior of tumors.

KEY WORDS: Parotidectomy, fascia lata, prolene mesh, facial nerve, complications.

Recibido: 18/02/2015 Revisado: 24/03/2015
Aceptado para publicación: 12/05/2015

Correspondencia: Dr. Pedro Sarmiento. Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño.

Campus Universidad de Carabobo. Venezuela.
Tel:+5804164546846.
E-mail:pedrojsarmiento@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los tumores de las glándulas salivales representan el 0,5 % al 1 % de todos los tumores y constituyen el 3 % a 6 % de las neoplasias de la cabeza y el cuello, mientras que en la infancia alcanzan el 8 % [1]. Se ha observado que 1/6 de los tumores de la glándula parótida son malignos, de los cuales 90 % de los tumores se ubican en el lóbulo superficial, 9 % en el lóbulo profundo y 1 % en reloj de arena. Los tumores benignos son más frecuentes en la cuarta década y los malignos entre la quinta y sexta década. La bibliografía revela un leve predominio en el sexo masculino, sin embargo, las lesiones benignas son más frecuentes en mujeres [2].

La incidencia de la parálisis del nervio facial en los tumores de la parótida según el tipo histológico es de 17 % para el carcinoma adenoideo quístico, 19 % para el carcinoma epidermoide y de 24 % para carcinoma indiferenciado. Es muy rara la parálisis facial en el carcinoma mucoepidermoide, carcinoma de células acinosas, carcinoma ex-adenoma pleomórfico, y el adenocarcinoma [3].

En un estudio realizado en Chile en el Servicio de Cirugía del Hospital Eduardo Pereira en 15 años en 60 pacientes, las principales complicaciones posoperatorias fueron las parálisis faciales transitorias (11,6 %), las parálisis faciales parciales definitivas (5 %) y las parálisis faciales totales definitivas (6,6 %) en casos de tumores localmente avanzados con compromiso deliberado del nervio facial [4].

La cirugía de estos tumores no solo está destinada a solucionar problemas médicos, sino también a tratar de no dejar secuelas estéticas o funcionales que a veces pueden ser incompatibles con la vida; por tanto, es necesario que el cirujano esté familiarizado con los procedimientos reconstructivos locales y regionales para permitir la recuperación social y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. La cirugía es el tratamiento de elección para tumores de glándulas salivales. La mayoría de los cirujanos se basan en biopsias transoperatorias para decidir el procedimiento quirúrgico y la extensión del mismo. La cirugía de la glándula parótida se ha convertido en uno de los grandes desafíos, en vista que se trata del nervio facial, el cual se debe tratar de preservar, por todos los medios [5].

En los casos de tumores malignos, el procedimiento ideal en todos los casos es la parotidectomía total con preservación del nervio facial. El sacrificio del nervio facial se debe hacer cuando clínicamente esté comprometido y en los casos de invasión obvia. Si los cabos proximal y distal se identifican, debe intentarse el injerto de nervio, de preferencia se utiliza el del nervio auricular mayor. En los casos donde el nervio se encuentre rodeado de tumor, pero no infiltrado, se tratará de preservarlo, pero sin comprometer el control local [1].

Cuando se habla del aspecto funcional, la pérdida del cierre fisiológico de los párpados, es una de las principales secuelas, que tiene como consecuencia la irritación córneo-conjuntival continua, la desprotección de la córnea y las queratitis y úlceras corneales que pueden derivar en destrucción de la misma. La incontinencia oral también constituye una molestia para el paciente porque se traduce clínicamente en un babeo molesto e incontrolable y un aspecto estético indeseable y muy desagradable [6].

Existen algunas lesiones que requieren extirpación del nervio facial como los tumores de alto grado de malignidad, tumores malignos con parálisis facial, tumores recurrentes de baja o alta malignidad y recurrencia del adenoma pleomorfo que comprometa las ramas del nervio facial. Cuando la resección de todo el nervio o de algunas ramas específicas, es llevada a cabo en ciertas ocasiones, la reconstrucción inmediata de los fascículos que están contenidas en la

misma debe ser hecha mediante técnicas de microcirugía [7].

La lesión del nervio facial es frecuente durante la cirugía de los tumores malignos de parótida, por ejemplo, el carcinoma mucoepidermoide es un tumor sin cápsula, razón por lo cual tiende a infiltrar los tejidos vecinos y un número elevado de casos tienden a dar metástasis a los ganglios linfáticos regionales. Algunos autores reportan parálisis facial temprana en 15 % de los casos [8].

De manera clásica, la resección del nervio facial con reconstrucción inmediata era obligatoria en todos los procesos malignos independientemente del grado histológico. No obstante, los datos recientes indican que en ausencia de compromiso clínico o histológico, el nervio puede ser preservado, sin que esto comprometa de manera adversa la supervivencia. Cuando se observa invasión del nervio, se reseca el segmento afectado hasta obtener márgenes libres por cortes congelados. Después se procede a reconstrucción inmediata [9].

Se prefiere la reconstrucción inmediata del nervio facial mediante una anastomosis o un segmento de nervio sensitivo (nervio auricular mayor o nervio sural). En circunstancias poco habituales puede ser necesaria una reconstrucción cruzada hipogloso facial o facial-facial. Por lo general, la recuperación parcial o completa demanda 6 a12 meses, no es afectado por la radiación posoperatoria. El tono muscular suele ser bueno aunque son previsibles algunas sinsinesis motoras. Debe indicarse protección corneal con lubricantes o la oclusión corneal durante la noche, pesas de oro en el párpado superior para el cierre adecuado o tarsorrafia según sea necesario. Además, se pueden requerir cabestrillos estáticos o dinámicos, iridectomía unilateral y elevación de la frente [1].

El reconocimiento y la intervención temprana son necesarios para evitar secuelas a largo plazo y mejorar la oportunidad de recuperación neurológica completa. Dependiendo del tipo de lesión, se encuentra un rango de opciones que van desde la observación hasta la interposición de colgajos [10].

El objetivo de la reconstrucción, es seguir la simetría, tanto en reposo como en movimiento, con una expresión facial lo más natural posible. El paciente y el cirujano deben estar preparados para una parotidectomía extendida, lo cual puede involucrar la piel subyacente, la mandíbula, tejidos blandos, hueso temporal y una porción del conducto auditivo externo [9].

Se plantea en este proyecto una forma de corrección de la desviación de la comisura labial y la incontinencia oral, asociado a parálisis de los músculos inervados por la rama marginal mandibular, el cual en ciertas condiciones deba ser sacrificado para garantizar seguridad oncológica, en tumores de la glándula parótida, en la cual no se pueda realizar ninguna de las técnicas de anastomosis del facial (anastomosis facio-facial o interposición de injerto neural).

La técnica de reconstrucción del músculo temporal, puede ser muy buena sin embargo, los pacientes con este tipo de tumores son de edad avanzada y a menudo estos músculos están debilitados, además el resultado está asociado de manera directa, a la voluntad del paciente de aprender a usar este músculo, para la nueva función, así como también la necesidad de un buen terapista. Además, se produce una secuela estética: la deformidad sobre la arcada zigomática. Al doblar el músculo se produce un exagerado bulto en la región, otro detalle importante es la depresión importante sobre el área temporal. También con el uso del músculo masetero se produce una deformidad importante, es la depresión a través de la rama montante de la mandíbula [1].

Se propone en este trabajo evaluar los resultados de la técnica de corrección del defecto que se va a producir por atonía y atrofia de los músculos triangular de los labios, cuadrado del mentón, el orbicular del labio inferior a través de

la suspensión de la comisura labial colocando una de cincha de fascia, obtenida de la aponeurosis del tensor de la fascia lata, o malla de polipropileno, en cual se fijará desde la comisura labial afectada hasta el hueso cigomático, considerando que las técnicas antes mencionadas tienen ciertos factores que pueden condicionar al fracaso de sus resultados.

Es un procedimiento que puede aplicarse en cualquier centro en un solo tiempo quirúrgico, sobre todo cuando está indicada radioterapia posoperatoria. Este método no requiere instrumental quirúrgico especial, ni equipos ópticos sofisticados, solo se puede requerir como instrumental especial un aponeurótomo, para técnica cerrada o se puede realizar con la técnica abierta para obtener fascia lata del muslo o la disposición de malla de polipropileno [11].

OBJETIVOS

Evaluar los resultados de la técnica de corrección de la incontinencia oral con cincha aponeurótica de tensor de la fascia lata y malla de polipropileno, en pacientes a los cuales se les practicó neurotomía quirúrgica del nervio facial en la cirugía de la glándula parótida, en el Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" de Valencia, Estado Carabobo.

Clasificar a los pacientes con tumores de glándula parótida que comprometen el nervio facial según la edad y el sexo.

Determinar el grado de corrección después del tratamiento aplicado (Malla o fascia lata) a las cuatro semanas, a los tres, seis meses y al año según el tratamiento aplicado. Relacionar el tipo histológico del tumor con el grado de corrección temprano y tardío. Identificar las complicaciones más frecuentes al año de la intervención según el tratamiento recibido para la corrección de la incontinencia oral.

MÉTODO

Es una investigación de tipo descriptiva, con un diseño de tipo no experimental, transversal retrospectiva. La población estuvo representada por todos aquellos pacientes con tumores de la glándula parótida, quienes ameritaron neurotomía quirúrgica del nervio facial en el Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño", de la ciudad de Valencia, Estado Carabobo, durante 10 años (1990-2010). Fue una muestra de tipo no probabilística, deliberada, el cual estuvo conformada por 19 pacientes que se les practicó la técnica de suspensión de la comisura labial con cincha de fascia lata y malla de polipropileno, que fueron atendidos en el servicio de cabeza y cuello de la institución antes mencionada. Quedaron excluidos del estudio aquellos pacientes que ameritaron una técnica de anastomosis del nervio facial, pacientes con criterios formales de preservación del nervio facial y aquellos pacientes de domicilio lejano que no se comprometieron a las consultas de seguimientos.

La técnica utilizada para la recolección de los datos fue la revisión documental de las historias de los pacientes antes mencionados y como instrumento se diseñó una ficha donde se registró el nombre del paciente, el número de historia, el diagnóstico, biopsia definitiva, registros de evaluación posoperatoria inmediata, al mes, a los 3, 6 meses y al año después de la intervención. Registrándose además la realización de una modificación a la técnica.

Para evaluar el resultado de la corrección quirúrgica, el servicio de cabeza y cuello, diseñó una escala para medir el resultado de la corrección de la parálisis quirúrgica del nervio facial, la cual se clasifica en: Grado I: comisura labial al mismo nivel de comisura contra lateral, en una línea horizontal; Grado II: comisura labial entre 25° a 50° de descenso en relación con la comisura contra lateral, y sin salida de saliva y Grado III:

descenso importante de la comisura labial más del 50 º y/o salida espontánea de saliva [11].

En vista que no existen sistemas objetivos para la evaluación de las distintas técnicas de corrección de la parálisis facial, el sistema de gradación fue un procedimiento en el cual se usa la fotografía como herramienta para ayudar a establecer el grado de parálisis de las ramas del facial asociadas al control del complejo esfinteriano de los labios, por lo que se tomaron imágenes con cámara fotográfica, como recurso complementario para documentar y comparar el grado de corrección entre los diferentes pacientes estudiados.

Una vez recopilados los datos se sistematizaron en una tabla maestra en Excel®, para luego ser analizados a partir de las técnicas estadísticas descriptivas en tablas de distribución de frecuencias, la variable edad se describió a partir de media ± error estándar, desviación típica, valor mínimo, máximo y coeficiente de variación. Para tales fines se recurrió al procesador estadístico *Statgraphics Plus 5.1*. ®

RESULTADOS

A partir de una muestra conformada por 19 pacientes con presencia de tumores de glándula parótida, se registró una edad promedio general de 55,95 años ± 4,16; con una variabilidad promedio de 18,13 años, una edad mínima de 16 años, una máxima de 88 años y un coeficiente de variación de 32 % (serie moderadamente heterogénea entre sus datos). Según el sexo las mujeres registraron una edad promedio de 45,7 años ± 21,6, mientras que los hombres registraron una media de 61,9 años ± 7,4, la edad mínima (16 años) y la edad máxima (88 años) fueron de mujeres. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa de la edad según el sexo (t= -2,04; P= 0,0577 > 0,05)

Según los intervalos propuestos predominaron aquellos pacientes con edades entre 61- 75 años con un 31,58 % (6 casos), seguidos de aquellos pacientes con edades entre 46 y 60 años 26,32 % (5 casos). Un 15,79 % (3 casos) tenían edades entre 31 a 45 años y 76 a 90 años. En cuanto al sexo predominó el masculino con un 63,16 % (12 casos), mientras que el femenino representó un 36,84% (7 casos). La clasificación de los pacientes con tumores de glándula parótida que comprometen el nervio facial; según la edad y el sexo, están expresadas en el Cuadro 1

Cuadro 1

Edad	%	%	Casos
16 - 30	2(100)	0(0)	2
31 - 45	1(33,33)	2(66,66)	3
46 - 60	3(60)	2(40)	5
61 - 75	0(0)	6(100)	6
76 - 90	1(33,33)	2(66,66)	3

De los 7 pacientes, en el cual se usó malla de polipropileno para la suspensión de la comisura labial, se observó que todos los pacientes tratados con esta técnica presentaron grado I de corrección en la evaluación del primer mes (100 %), a los tres meses sigue predominando el grado I de corrección (57,14 %= 4 casos) y se presentan 2 casos con grado III (28,57 %) y un caso de grado II (14,29 %), la misma realidad se presenta en el mes 6 después del tratamiento y a los 12 meses (Figura 1).

De 12 pacientes a los que se les aplicó fascia lata, predominó el grado I en el primer mes de evaluación con un 75 % (9 pacientes) y otros 3 pacientes (25 %) presentaron grado II. A los 3 meses el porcentaje de pacientes con grado I de corrección disminuye a 66,7 % (8 casos) y un 25 % presenta grado III de corrección (3

Cuadro 2. Grado de corrección después del tratamiento aplicado (malla o fascia lata) al mes, a los tres, seis meses y al año.

	1		3		6		12	
Grado	F	%	f	%	f	%	f	%
I	7	100	4	57,14	4	57,14	4	57,14
II	0	0	1	14,29	1	14,29	1	14,29
III	0	0	2	28,57	2	8,57	2	28,57

	1		3		6		12	
Grado	F	%	f	%	f	%	f	%
I	9	75	8	66,7	8	66,7	7	58,3
II	3	25	1	8,3	4	33,3	5	41,7
III	0	0	3	25	0	0	0	0

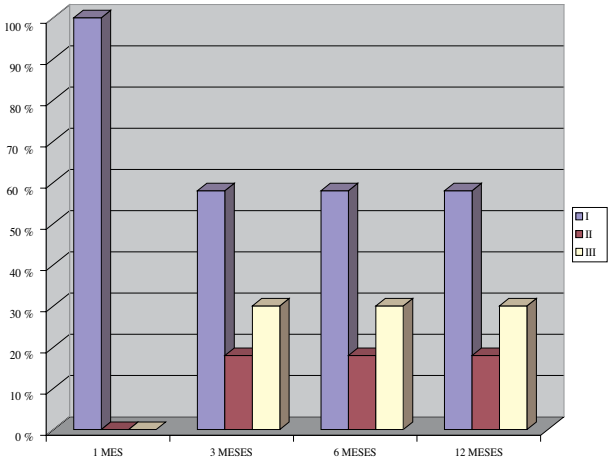

Figura 1.

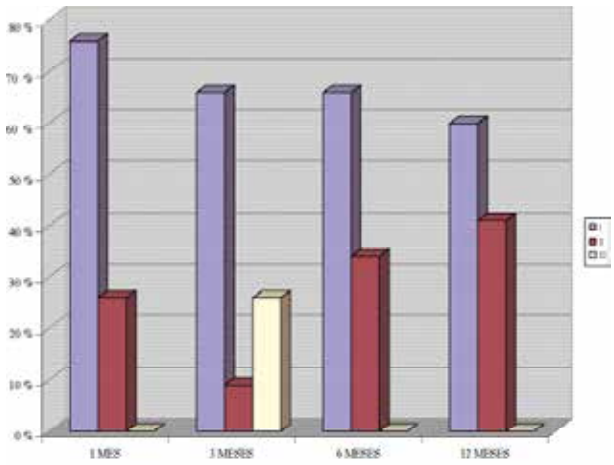

Figura 2. Evolución de la suspensión de comisura labial con fascia lata al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año

pacientes). Para el sexto mes el porcentaje de pacientes con grado I se mantiene y aumenta la proporción de pacientes con grado II de corrección (33,3 %= 4 casos). Para los 12 meses, el porcentaje de pacientes con grado I de corrección disminuye a 58,3 % (7 casos) y un 41,7% presenta grado II (5 pacientes).

Los diagnósticos histopatológicos predominantes en la muestra de estudio fueron el carcinoma mucoepidermoide con un 15,79 % (3 casos), al igual que el adenocarcinoma adenoideo quístico con 15,79 % (3 casos) y el carcinoma ductal de glándula salival de alto grado con 15,79 % (3 casos), los demás hallazgos histopatológicos se presentaron uno por paciente.

En el primer mes, independientemente del tipo histológico la mayoría de los pacientes se presentaron con grado I de corrección

(84,21 %= 16 casos) y solo tres presentaron grado II (15,78 %) que fueron el adenocarcinoma adenoideo quístico, carcinoma ductal de glándula salival de alto grado y el carcinoma epidermoide.

A los doce meses después de la cirugía el número de pacientes con grado de corrección I disminuye a 57,89 % (11 casos) y aumenta el nivel III de corrección a un 36,84 % (7 casos) presentado por los pacientes con diagnóstico de: adenocarcinoma adenoideo quístico, carcinoma ductal de glándula salival de alto grado, carcinoma epidermoide, carcinoma ex-adenoma pleomórfico, carcinoma papilar bien diferenciado y carcinoma sarcomatoide.

La mayoría de los pacientes estuvo libre de complicaciones posoperatorias con un 52,63 % (10 casos). La complicación que afectó el resultado en el esquema de seguimiento de los pacientes a quienes se les realizó la suspensión de la comisura labial con mayor frecuencia fue la recaída con un 26,31 % (5 casos).

El grupo de pacientes que fueron tratados con fascia lata presentaron menos complicaciones 8 pacientes (66,66 %) y dentro de las complicaciones la más frecuente fue la recaída con 3 pacientes (25 %), seguidos de la necrosis del colgajo con 1 paciente (8,33 %).

En el grupo de pacientes que fueron tratados con malla se encontró menor porcentaje de pacientes sin complicaciones (28,57 %) en 2 pacientes en comparación con los pacientes que fueron tratados con fascia lata y de las complicaciones encontrada la más frecuente fue la recaída y necrosis del colgajo con igual porcentaje (28,57 %) y se encontró solo un caso con síndrome de Frey (14,28 %).

Cuadro 3. Relación del tipo histológico del tumor con el grado de corrección temprano y tardío.

Adenocarcinoma adenoideo quístico	3	2	10,52	1	5,26	0	0	1	5,26	0	0	2	10,52
Adenocarcinoma ductal de glándula salival de alto grado	3	2	10,52	1	5,26	0	0	2	10,53	0	0	1	5,26
Adenoma pleomórfico recidivante	1	1	5,26	0	0	0	0	1	5,26	0	0	0	0
Adenoma pleomórfico	1	1	5,26	0	0	0	0	1	5,26	0	0	0	0
Carcinoma acinar GH2	1	1	5,26	0	0	0	0	1	5,26	0	0	0	0
Carcinoma basoescamoso	1	1	5,26	0	0	0	0	1	5,26	0	0	0	0
Carcinoma de células acinares	1	1	5,26	0	0	0	0	1	5,26	0	0	0	0
Carcinoma basocelular	1	1	5,26	0	0	0	0	1	5,26	0	0	0	0
Carcinoma epidermoide	1	0	0	1	5,26	0	0	0	0	0	0	1	5,26
Carcinoma ex-adenoma pleomórfico	1	1	5,26	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,26
Carcinoma mucoepidermoide	3	3	15,79	0	0	0	0	2	10,53	1	5,26	0	0
Carcinoma papilar bien diferenciado	1	1	5,26	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,26
Carcinoma sarcomatoide	1	1	5,26	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,26
TOTAL	19	16	84,21	3	15,78	0	0	11	57,89	1	5,26	7	36,84

Cuadro 4. Complicaciones más frecuentes al año de la intervención según el tratamiento recibido para la corrección de la incontinencia oral.

	MALLA		FACIA LATA			
COMPLICACIONES	f	%	f	%	f	%
No presentó	2	28,57	8	66,66	10	52,63
Recaída	2	28,57	3	25	5	26,31
Infección	0	00	0	00	0	00
Necrosis del colgajo	2	28,57	1	8,33	3	15,79
S Frey	1	14,28	0	00	1	5,26
Total	7	100	12	100	19	100

DISCUSIÓN

En este estudio encontramos una edad promedio general de 55,95 años ± 4,16. Según los intervalos propuestos encontramos predominio de pacientes con edades entre 61-75 años con un 31,58 % (6 casos), seguidos de aquellos pacientes con edades entre 46 y 60 años 26,32 % (5 casos). Estos hallazgos son semejantes a los reportados en diversos trabajos, en los cuales la incidencia de estas neoplasias malignas se estima en 5-6 casos por cada millón de habitantes por año, con una edad media de aparición entre la 5ª y 6ª década de la vida [12].

También se contrasta con un estudio realizado en el Hospital General Universitario de Madrid el cual encontró un 60 % de pacientes mayores de 70 años [13]. Otro estudio realizado por Celedón y col., quienes mostraron un total de 25 pacientes con tumores malignos, que 36 % de ellos se presentaron en varones y el 64 % restante, en mujeres y con una edad promedio fue de 52 años (rango: 23-81 años) [14].

En cuanto al sexo predominó el masculino con un 63,16 % (12 casos). Estos datos se pueden contrastar con una revisión realizada por Rodríguez y col., que encontró un leve predominio del sexo masculino en un 52 % [13].

En el período de 10 años de estudio establecido para la investigación, un 63,16 % (12 casos) se les aplicó la fascia lata, mientras que un 36,84 % (7 casos) se les colocó malla de polipropileno. De los pacientes a los que se les aplicó la malla, a los primeros meses todos presentaron grado I de corrección, predominando en los 3, 6 y 12 meses, sin embargo, disminuyó el porcentaje.

Del total de pacientes a los que se les aplicó fascia lata en el primer mes predominó el grado I con un 75 % (9 casos), en el mes 3, 6 y 12, aunque el predominio del grado I fue disminuyendo paulatinamente.

Estos hallazgos hacen notar la persistencia de la corrección en el tiempo a los pacientes donde se realizó la suspensión de la comisura labial con malla de polipropileno, no se consiguieron estudios en la literatura donde se comparen ambas técnicas.

Al primer mes, la mayoría de los pacientes tenían un grado de corrección I (84,21 %= 16 casos) independientemente del tipo histológico y sólo tres presentaron grado II (15,78 %) que fueron el adenocarcinoma adenoideo quístico, carcinoma ductal de glándula salival de alto grado y el carcinoma epidermoide. A los doce meses después de la cirugía el grado de corrección I disminuye a 57,89 % y aumenta el nivel III de corrección a un 36,84 % presentado por los pacientes con diagnóstico de:

adenocarcinoma adenoideo quístico, carcinoma ductal de glándula salival de alto grado, carcinoma epidermoide, carcinoma ex-adenoma pleomórfico, carcinoma papilar bien diferenciado y carcinoma sarcomatoide.

Celedon y col., encontraron en su estudio de 20 años de tumores de glándulas salivales predominio del carcinoma mucoepidermoide (28 %), seguido por el adenocarcinoma (16 %) [14].

Si se tiene en cuenta la variedad celular existente en las glándulas salivares, se puede llegar a entender la gran heterogeneidad y diversidad histológica de los tumores que en ellas se pueden asentar. Es de vital importancia la presencia de un patólogo con experiencia para obtener un diagnóstico anatomopatológico de certeza y aplicar el tratamiento más beneficioso para el paciente [13].

Estos datos se contrastan también con los hallazgos de Rodríguez y col., que encontraron mayor predominio de carcinoma epidermoide con un 20 % [13].

En la literatura se encuentra que el grado histológico es el factor pronóstico más importante e independiente del resto de los otros factores. Se han desarrollado varios sistemas de clasificación. En el caso de la mayoría de los carcinomas la simple clasificación histológica lleva subyacente su pronóstico. Así, el carcinoma de células acinares o el adenocarcinoma de células basales corresponden a un bajo grado histológico, mientras que el carcinoma de células ductales, el de células escamosas o el indiferenciado corresponden a lesiones de alto grado [15].

En este estudio a pesar de usar materiales protésicos e injerto de fascia lata para la técnica quirúrgica para suspensión de la comisura labial posterior a neurotomía quirúrgica del nervio facial, las complicaciones no fueron los hallazgos más predominantes.

Cabe resaltar que se observa que el grupo de pacientes que fueron tratados con fascia lata presentaron menos complicaciones y dentro de las complicaciones la más frecuente fue la recaída con 25 % esta es una complicación dependiente del comportamiento biológico de los tumores más que una complicación asociada a la técnica quirúrgica, seguido de la necrosis del colgajo con 8,33 %.

En el grupo de pacientes que fueron tratados con malla se encontró menor porcentaje de pacientes libres de complicaciones (28,57 %) en comparación con los pacientes que fueron tratados con fascia lata y de las complicaciones encontradas la más frecuente fue la recaída que como se mencionó anteriormente es inherente al comportamiento biológico del tumor y no se asocia a la técnica quirúrgica y necrosis del colgajo con igual porcentaje (28,57 %) y se encontró solo un caso con síndrome de Frey (14,28 %) el cual se ha descrito asociado a parotidectomía superficial o total y tampoco tiene que ver con la técnica de suspensión de la comisura bucal con las técnicas empleadas en este estudio.

En un estudio donde se obtuvo fascia lata del aspecto lateral del muslo para la reconstrucción de la ptosis palpebral congénita se encontró como complicación la herniación muscular en el muslo en el sitio donador de fascia lata en un paciente de los 14 pacientes que se enrolaron en ese trabajo el cual no se le dio importancia clínica en el seguimiento a largo plazo [16].

En este estudio, se obtuvo resultados estéticos satisfactorios y observamos que el mantenimiento de la corrección de la comisura labial en el tiempo, está relacionada con la aparición de complicaciones y el comportamiento biológico de los tumores, se puede demostrar que esta es una técnica sencilla y factible de realizar en nuestras condiciones de trabajo, cuando es necesario realizar neurotomía quirúrgica del nervio facial para garantizar el control locorregional de la enfermedad, cuando está comprometido el nervio facial conocido desde que se realiza la evaluación preoperatoria del paciente o cuando se descubre

durante el acto quirúrgico.

El tratamiento de suspensión de la comisura labial con malla de polipropileno se mantiene en el tiempo en comparación con la fascia lata, en este la suspensión de la comisura labial se va debilitando con el paso del tiempo.

Es difícil sacar conclusiones, al respecto con las observaciones realizadas sobre el efecto del tipo histológico y el mantenimiento de la corrección de la comisura labial con las técnicas que se emplearon, porque a pesar de estos hallazgos se encontró mucha variedad histológica, en este grupo de pacientes, por la baja frecuencia de cada tipo histológico, estos hallazgos no son estadísticamente concluyentes. Lo que se puede afirmar con estas observaciones, es que la persistencia de la corrección, se relaciona con el pronóstico y el comportamiento agresivo conocido para cada variedad histológica.

REFERENCIAS

1. Gërrissi J. Complicaciones de la cirugía parotídea. Cirugía de los tumores de la glándula parótida. Buenos Aires: Editorial Almorca; 2007.
2. Madrid A, Larraín D, Capdeville F, Ferrada V, Cumsille G. Tumores de la glándula submandibular: Experiencia del Instituto Nacional del Cáncer. Rev Chil Cir. 2005;57:19-25.
3. Sanchez J, Panchana G. Tumores de glándulas salivares. 2002. Disponible en URL: http://www.medicosecuado.com.
4. Aguirre A, Loreto V. Tumores de la parótida. Tratamiento quirúrgico. Rev Chil Cir. 2004;56(1):51-56.
5. Claure R. Manual de patología quirúrgica de cabeza y cuello. Tumores de glándulas salivales. Disponible en: URL: http://www.escuelamedicina.c.cl.
6. Rodríguez A. Tumores de cabeza y cuello. México: Editorial Manual Moderno; 2001.
7. Haddad-Tame J, Chávez-Abraham V, Bello-Santamaría J, Reynoso Ocampo R, Sastre-Ortíz N. Reconstrucción de cabeza y cuello con procedimientos microquirúrgicos. Cir Plast. 2000;10(2):50-59.
8. Troconis J. Carcinoma epidermoide. Revisión de la literatura. Reporte de un caso. Acta Odontol Venez. 2002;40(1):43-46.
9. Nyhus L. Reparación de las lesiones del nervio facial y rehabilitación de la parálisis facial. En: Maran A, editor. El dominio de la cirugía. Chicago: Editorial Médica Panamericana; 1986.p.130-138.
10. Aazizzadeh B, Mashkevich G. Nerve injuries and treatment in facial cosmetic surgery. Oral Maxilofac Surg Clin North Am. 2009;21(1):23-29.
11. Perfetti W, Beteta J, Gubaira J, López R, Scarton J, Ramos G. Reconstrucción facial con tensor de fascia lata en la neurotomía quirúrgica del nervio facial (Modificación a la técnica original). Rev Venez Oncol. 2003;15(2):74-80.
12. Van der Wal J, Leverstein H, Snow G, Kraaijenhagen H, Van der Waal I. Parotid gland tumors: Histologic reevaluation and reclassification of 478 cases. Head Neck. 1998;20(3): 204-207.
13. Rodríguez A, Paramás C, Lendoiro J, González A, Souviron R, Scola B. Tumores malignos de la glándula parótida. Acta Otorrinolaringol Esp. 2005;56:211-214.
14. Celedón C, Ojeda P, Agurto M, Olavarria C, Paredes A, Niklischek E. Tumores de glándulas salivales. Experiencia de 20 años. Rev Otorrinolaringol Cir Cab-Cuello. 2002;62:255-264.
15. World Health Organization International Histological Classification of Tumors. Histological typing of salivary gland tumors. New York; 1991.
16. Reza ZA. Harvesting fascia lata for brow suspension procedure via two small skin incisions. JRMS. 2006;11(6):396-399.