

ABORDAJE PERIAURICULAR EN LAS LESIONES DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA

ALIRIO MIJARES BRIÑEZ, FRANCISCO LIUZZI, ESTEBAN AGUDO LINARES, EDGAR BRITO ARREAZA, ESTEBAN GARRIGA, HENRY PETI, JOSÉ SUÁREZ, DILMERY CASTRO, CARMEN MARÍA SUÁREZ

SERVICIO DE CABEZA Y CUELLO. HOSPITAL ONCOLÓGICO PADRE MACHADO, EL CEMENTERIO, CARACAS, VENEZUELA.

TRABAJO GANADOR PREMIO DR. ESTEBAN GARRIGA MICHELENA

RESUMEN

OBJETIVOS: Evaluar la posibilidad de resección de las lesiones de la glándula parótida por incisiones periauriculares (grupo I) y valorar las complicaciones inmediatas derivadas de esta técnica, resultados cosméticos y dolor posoperatorio, comparándolas con el abordaje preauricular - transcervical (grupo II). **MÉTODOS:** Los 61 pacientes, de ambos sexos, entre julio de 2006 a julio de 2009, fueron sometidos a este estudio prospectivo, aleatorizado doble ciego, evaluando dos grupos, categorizados grupo I y II, haciendo comparaciones en cuanto a dolor posoperatorio según la escala analógica de niveles de dolor, complicaciones relacionadas al nervio facial, posibilidad de resección indistintamente del tipo histológico, del lóbulo afectado, y por último, la satisfacción cosmética. **RESULTADOS:** Los 59 pacientes completaron este estudio, no obteniendo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al dolor posoperatorio, ni en cuanto a las complicaciones, pero si en lo referido a la visualización de la cicatriz operatoria; 96 % de los pacientes (grupo I), refirió satisfacción con el resultado cosmético en comparación con 65 % del grupo II; siendo estadísticamente significante. **CONCLUSIÓN:** No hubo diferencias en cuanto a la presentación de dolor ni complicaciones posoperatorias en cuanto al abordaje periauricular en comparación a los que se les realizó el abordaje preauricular - transcervical. Fue mayor la manifestación de satisfacción cosmética en el abordaje periauricular, la cual recomendamos, porque no produce dificultades técnicas, indistintamente del sexo, edad, tipo histológico o ubicación de la lesión dentro de la glándula parótida.

PALABRAS CLAVE: Parotidectomía, incisión, cosmético, glándula parótida, cirugía.

SUMMARY

OBJETIVES: To evaluate the possibility of resection of the lesions of the parotid gland by the incisions around the ear (Group I) and assess immediate complications arising from this technique, the cosmetics results and the post operative pain, comparing them with the ahead ear - transcervical approach (Group II). **METHODS:** In 61 patients of both sex, from July 2006 to July 2009, were subjected to this prospective study, and randomized double blind, evaluating the two groups, categorized group I and II, making comparisons on post operative by the analog levels of the pain, complications related to the facial nerve, possibility of resection regardless of the histological type, the affected lobe, and finally, the cosmetic satisfaction. **RESULTS:** The 59 patients that completed this study, no statistically significant differences we found in the post operative pain getting. There were no differences also on complications, but if in connection with the post operative scar, the 96 % patients (Group I), spoke to us, their satisfaction with the cosmetic outcome compared with 65 % of Group II; that being statistically significant. **CONCLUSION:** There was no differences as regards the presentation of the pain or the post operating complications in the around ear compared to the ahead ear - transcervical approach. The manifestation of cosmetic satisfaction in around ear were approach, we recommend it because it does not produce technical difficulties, without any distinction of sex, age, histological type, or location into the parotid gland.

KEY WORDS: Parotidectomy, incision, cosmetic, parotid gland, surgery.

Recibido: 14/11/2010 Revisado: 23/02/2011
Aceptado para publicación: 15/03/2011

Correspondencia: Dr. Alirio Mijares B. Instituto Médico La Floresta, Avd. Principal con calle Santa Ana, Clínica la Floresta. Tel: 04143269044. E-mail: mibuenasalud@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El abordaje de las lesiones de la glándula parótida tiene 3 objetivos fundamentales: en primer lugar, la extirpación de la lesión tumoral que afecta esta glándula salival mayor, en segundo lugar la preservación de todas las ramas del nervio facial, por ende de la funcionalidad de los diversos músculos de la expresión y esta a su vez está íntimamente relacionada con la tercera, y es el hecho de la cosmesis adecuada resultante del procedimiento, por medio de una incisión que, por encontrarse en una zona visible, permita al paciente sentirse satisfecho con la misma, una vez resuelta la afección que aqueja.

El conocimiento de la cirugía parotídea se remonta desde el año 160 DC⁽¹⁾, múltiples son los autores que la han descrito a través de la historia, sin embargo, relevante fue el trabajo de Niels S. Stenon, oriundo de Copenhague; anatomista y científico danés del siglo XVII, estudió medicina en la Universidad de Copenhague. Thomas Bartholin fue la persona que lanzó a Stenon hacia su primera carrera científica: la anatomía, siendo esta en aquella época, una ciencia muy prestigiosa. Un día Stenon compró una cabeza de cordero y se la llevó a su laboratorio. Notó que la punta de la sonda se movía libremente en una cavidad, chocaba contra los dientes. Hizo el comentario a grandes maestros de la época quienes no le hicieron caso alguno y decide ir a la Universidad de Leiden para continuar sus estudios. Allí repitió la disección, enseñando el conducto a los profesores de esta universidad, quienes confirmaron que se trataba de una nueva descripción anatómica. Hasta ese momento la función de la glándula parótida era desconocida. La Universidad hizo una presentación pública del descubrimiento, llamando al conducto *ductus Stenonianus*. Stenon trabajó también en la historia de la naturaleza de los fósiles, siendo considerado el padre de la geología. Pasando por distintas

facetas de su vida como científico; le atraía la vida espiritual y siendo profesor de anatomía, se convirtió a la fe católica, ordenándose sacerdote en 1675. A partir de esa fecha abandona completamente su actividad y adopta una forma de vida austera, dedicándose exclusivamente a la oración y al evangelio. Fue consagrado primero como sacerdote y luego obispo en misiones de la iglesia manteniendo una vida pobre y sacrificada⁽²⁾. Muere en 1686, descansando sus restos en la Basílica de San Lorenzo, y en 1988 después de un arduo proceso de 50 años, fue beatificado por Su Santidad Juan Pablo II, siendo el único científico beatificado: “Bello es lo que vemos, más bello lo que conocemos, pero con mucho es más bello lo que todavía ignoramos”, N. Stenon.

Múltiples estudios se han realizado a través de la historia, en el estudio de las lesiones de la glándula parótida, desde descripciones anatómicas hasta técnicas quirúrgicas y anestésicas; y es precisamente Cadreanu en 1892, quien realizó la primera parotidectomía describiendo la preservación del nervio facial^(3,4).

En Venezuela, el Dr. Eliseo Acosta (1818-1879), uno de los alumnos predilectos 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 Salias, 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⁽⁵⁾. En 1905, Pablo Acosta Ortiz hace lo mismo en el Hospital Vargas de Caracas⁽⁶⁾, al igual que otros como el Dr. Jorge González Celis⁽⁷⁾

Por otro lado, las distintas incisiones fueron introducidas por Berard en 1823⁽³⁾ (Figura 1). Sin embargo, la primera descripción de una incisión específicas de acceso a la región parotídea, a fin de realizar una parotidectomía se le concede a



Figura 1. Incisión de Berad

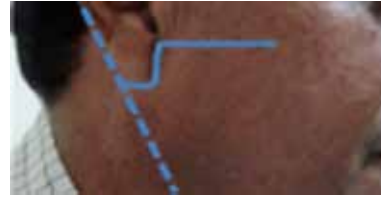


Figura 2. Incisión de Gutiérrez

Gutiérrez en 1903 (Figura 2), pero la incisión estándar usada por la mayoría de los cirujanos de cabeza y cuello es la incisión pre auricular modificada por Blair quien la describió en 1912 y modificada posteriormente por Bailey⁽⁸⁾ (Figura 3).

Desde entonces, diversas modificaciones han sido diseñadas con el fin; de efectuar parotidectomías superficiales o laterales, totales que incluyen el lóbulo profundo o medial y finalmente, parotidectomías parciales, las cuales se han efectuado en casos muy seleccionados en lesiones benignas, de pequeño tamaño en la cola o porción cervical de la glándula. Con el fin de mejorar la estética, la incisión ritidoplastia fue propuesta por Appiani en 1967⁽⁹⁾ y que posteriormente fue incorporada por los cirujanos maxilofaciales, otorrinolaringólogos y cirujanos de cabeza cuello (incisión de *lifting* modificada), que consiste en una incisión preauricular trago

antes de pasar todo el lóbulo de la oreja (a diferencia de ritidoplastia que comienza en la región parietal), bordeando por el oído y el surco retroauricular de 4 cm - 5 cm de largo de una línea oblicua y posterior a la región mastoideo-occipital a lo largo de la línea del pelo hasta llegar a una longitud que puede variar de 5 cm a 10 cm (Figura 4). La incisión desciende hasta alcanzar el extremo del cuerpo mayor del hioides, pudiendo a veces hacerla coincidir con el primer pliegue cutáneo del cuello, para evitar lesión de la rama marginal del nervio facial y se profundiza hasta alcanzar el músculo cutáneo del cuello sin atravesarlo. Es un excelente abordaje para la celda parotídea, permitiendo la extirpación del lóbulo superficial profundo con una adecuada visualización del nervio facial; sin embargo, tiene la particularidad de que la porción cervical de la misma es visible y por ende más notoria la cicatriz resultante^(10,11). Ciertos autores anglosajones e



Figura 3. Incisión (Bailey)

Figura 4. Incisión de *lifting* modificada

inclusively venezolanos propusieron una incisión retroauricular-retromandibular, también tipo o en Y ⁽¹²⁾, con el fin de resultados cosméticos favorables, de igual manera; los doctores Garriga y Ochoa presentaron su experiencia en 8 casos de parotidectomía aprovechando la vía de abordaje y los resultados estéticos de la ritidectomía, para aquellos pacientes con tumor parotídeo que manifestaron el deseo de no tener cicatrices visibles, ni deformidades, queriendo eliminar simultáneamente arrugas cervicofaciales y aprovechar una sola intervención para ambos fines, cuando no existía un riesgo aumentado para ambas cirugías ⁽¹³⁾.

Otro factor a tomar en consideración, es el hecho de la depresión facial resultante luego de realizar la parotidectomía en la región facial, la cual ha sido considerada por autores, tanto nacionales como extranjeros, la realización de la colocación mediante rotación pediculada del músculo esternocleidomastoideo (Figura 5).

Proporcionando así no solo un mejor resultado cosmético ^(14,15), sino ayudando de alguna manera en algunos casos, a prevenir el síndrome de Lucey Frey; descrito en 1923 por la neuróloga francesa del mismo nombre, consistiendo en la aparición de eritema y sudoración localizado a nivel del territorio cérvico-facial (Figura 6), relacionados con la alimentación y que aparece en hasta un 50 % de los casos luego de



Figura 5. Colocación rotación pediculada del esternocleido mastoideo.



Figura 6. Síndrome de Lucey Frey.

una parotidectomía. Siendo hipotéticamente su origen debido a una reinervación cruzada anómala de las fibras para- simpáticas del IX par craneal, que llegan a las glándulas sudoríparas de esta zona. Como se sabe, en las personas sanas estas glándulas sudoríparas normalmente reciben inervación de tipo simpático, pero tras la parotidectomía las fibras parasimpáticas que pasan por el nervio aurículo temporal, al seccionarse y posteriormente regenerarse, alcanzan dichas glándulas sudoríparas, así como los vasos de la piel, produciendo el efecto local antes mencionado. Frey y su esposo fueron acusados de contrarrevolucionarios y enviados a campos de concentración en la era de la invasión nazi, muriendo allí en 1942 ⁽¹⁶⁾. Son secundariamente problemas relacionados a las cosmesis después de las resecciones parotídeas, que presentan *a posteriori* un impacto considerable en la calidad de vida del paciente sometido a estos procedimientos, sobre todo la depresión producida si el tumor se origina del lóbulo profundo de la parótida.

En años recientes, se han usado diversos productos para suplir estos defectos, como los injertos dérmicos de cadáveres, para prevención del defecto posterior a la parotidectomía así como para evitar el síndrome de Frey, constituyéndose los mismos en teoría, como verdaderas barreras para evitar los síntomas y mejorar el proceso de cicatrización ⁽¹⁷⁾.

Sin embargo, a pesar de estas resultas esperada durante una parotidectomía, una de las cosas que mayor importancia le da el paciente es precisamente el hecho de la cicatriz operatoria resultante; lo cual es motivo de gran preocupación en los pacientes sometidos a este procedimiento.

En consecuencia; describimos y proponemos a nuestros colegas que tratan estas patologías, un tipo de abordaje que relataremos a continuación; que nuestro equipo de trabajo lleva años efectuándolo y decidimos elaborar un protocolo de investigación para establecer su utilidad clínica.

MÉTODOS

Este protocolo de estudio fue aprobado por el servicio de cabeza y cuello del Hospital Oncológico Padre Machado y el comité científico de la Clínica La Floresta, en el Municipio Libertador y Chacao respectivamente en la ciudad de Caracas, Venezuela.

Los pacientes acudieron a ambos centros asistenciales por su propia voluntad o referidos por presentar tumoración en la glándula parótida, de ambos sexos y se les fue informado del procedimiento, a realizar; obteniendo su consentimiento para ello. Aquellos pacientes con infecciones faciales o cervicales un mes previo al acto quirúrgico, reacciones alérgicas locales y/o a anti inflamatorios no esteroideos, lesiones tumorales mayores de 8 cm, o con metástasis cervicales en el momento de presentación; fueron excluidos del presente trabajo de investigación. Previamente en el momento de la consulta se efectuó punción con aguja fina, además se les solicitó perfil de laboratorio, evaluación preoperatoria neumonológica y/o cardiovascular según el caso y radiología de tórax además de tomografía de cuello con contraste preoperatoria.

Se realizó una selección aleatoria de grupos de diez, esta fue efectuada por números al azar con asignaciones respectivas en cada grupo

previo a la cirugía. Se constituyeron 2 grupos de trabajo denominados I y II, el cual en el número I, se realizó abordaje periauricular; como lo demuestra la Figura 7. El grupo II, la incisión se realizó preauricular transcervical; la porción preauricular, fue similar al efectuado en el grupo I, periauricular como lo demuestra la Figura 8 y 8 a.



Figura 7.

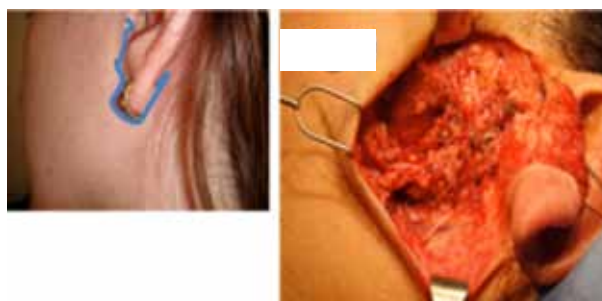


Figura 8 y 8ª.

En ambos grupos, se procedió a infiltrar 25 cm³ de solución salina al 0,9 %, preparada por la enfermera instrumentista al momento previo de la incisión de la piel. No se añadió anestésicos en la solución ni vasoconstrictores para respetar la

homogeneidad de ambos grupos y así colocarla indistintamente de las edades de los pacientes, evitando eventos o comorbilidades relacionadas, como reacciones alérgicas, trastornos del aparato circulatorio, como hipertensión o cardiopatías.

Se inyecta entonces, en ambos grupos dicha solución en el área parotídea, entre la glándula parótida y el tejido celular subcutáneo, inmediatamente por delante del pabellón auricular; infiltrando desde la incisura anterior del trago, borde del trago, pasando por la incisura intertrago, rodeando el lóbulo de la oreja para finalizar a nivel de la unión entre la piel de la región occipital y la concha cava, en el grupo I, mientras que en el grupo II, se extiende esta infiltración hasta el primer pliegue cervical, aproximadamente 2 cm por debajo del ángulo mandibular.

Tanto para el equipo quirúrgico, como el anestesiólogo y el personal de pabellón y de recuperación, se mantuvo en secreto la asignación de cada paciente a los grupos de estudio y esta fue revelada al finalizar el estudio.

Todos los pacientes fueron sometidos a anestesia general inhalatoria y se registró el tiempo operatorio por parte de la enfermera circulante y el médico anestesiólogo, realizando luego el abordaje de acuerdo al grupo seleccionado. En ambos grupos se inició la incisión con bisturí número 15 y luego se levantaron los colgajos con tijera de ritidectomía, a nivel del sistema musculo aponeurótico superficial conocido por sus siglas en inglés *SMAS* (*superficial muscular aponeurotic system*).

Se les colocó a todos drenajes aspirativos tipo portovac® y/o drenaje de Blake®, al culminar el procedimiento, independientemente si se trataba de una parotidectomía parcial o total; manteniendo el drenaje a succión cerrado a un recolector tipo acordeón o pera. Todos los drenajes fueron impregnados con 5 cm³ de solución salina al 0,9 % mezclados con 2 cm³ de heparina sódica, procedimiento de rutina que usó nuestro grupo de trabajo para disminuir la

probabilidad de que se obstruyera el drenaje por coágulos (Figura 9).



Figura 9.

Todos los pacientes recibieron instrucciones sobre el uso de la escala visual analógica de dolor antes de la cirugía, donde 0 era catalogado como sin dolor y 10 era considerado como el peor dolor imaginable de todos. Se le sugería a cada paciente que hicieran analogías con su peor dolor de muelas o dentario, dolor de cabeza y/o dolor de estómago.

Se interrogó luego sobre el dolor experimentado por cada paciente desde la sala de recuperación y luego 6 horas después del acto operatorio al día siguiente antes del egreso y a la semana del acto quirúrgico.

Los analgésicos posoperatorios fueron indicados por los cirujanos y basados fundamentalmente en antiinflamatorios no esteroideos, en administración endovenosa desde la finalización del acto operatorio y en dosis equivalentes en forma continua durante la hospitalización y luego por un mínimo de tres días sucesivos, vía oral.

Se establece la constitución de ambos grupos distribuidos en forma equivalente, realizando el estudio con un nivel de significancia de 0,05

(*SamplePower 1.2, SPSS Inc., Chicago, IL*).

Se realiza la distribución de probabilidades, de la situación planteada en el presente trabajo de investigación y se estima la media de ambos grupos permitiendo conocer la desviación típica mediante *t* de Student. Todos los datos obtenidos fueron introducidos y realizando el análisis respectivo de cada uno de ellos, usando el SPSS para *Windows 10.0 (SPSS Inc.)*, y las proporciones mediante test de Fisher.

RESULTADOS

Sesenta y un pacientes de ambos sexos fueron incluidos en el presente trabajo, desde julio de 2006 a julio de 2009, 25 femeninos y 36 masculinos; de este total, dos pacientes fueron excluidos, uno de ellos por datos incompletos en las planillas del protocolo, y uno de ellos por infección local 15 días antes de la intervención, representando un 3,27 %, y se distribuyeron en dos grupos, los cuales se muestran en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Datos de los pacientes.

	Grupo I (n=31)	Grupo II (n=28)	P
Masculino	19	17	0,55
Femenino	12	11	
Edad (años)	42,9 ± 7,5	43,5 ± 6,2	0,54
Escala de dolor (1-10)	6,1 ± 2,9	5,4 ± 3,1	0,81

Los pacientes se presentaron con edades similares en ambos grupos, y en cuanto a las características del dolor presentado por los pacientes en ambos grupos, según la escala visual analógica de dolor, del uno al diez; se mantuvieron en promedio entre cinco y seis, siendo las oscilaciones superiores sobre todo en la sala de recuperación o en la habitación, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

En todos los pacientes se levantó el colgajo anterior con tijera de ritidectomía y se usó el electrocauterio para hemostasia; presentando equimosis 1 de ellos en el grupo número II, la cual se resolvió médicamente en el posoperatorio inmediato. Un paciente del grupo I (3,2 %) presentó pequeño hematoma posoperatorio

inmediato, el cual se resolvió permeabilizando el drenaje de Blake® con solución salina heparinizada, no ameritando drenaje en quirófano. Tres pacientes del grupo I, ameritaron ligadura de la vena facial posterior, 1 de ellos por incisión incidental y el otro por encontrarse inmersa dentro de la lesión (Figura 10, 11, 12).

Se efectuó corte congelado en todos los pacientes de ambos grupos, siendo reportados como positivo en el momento de la cirugía; 4 lesiones en el grupo I, el cual se completó la resección del lóbulo profundo de la parótida; resultando 2 carcinomas mucoepidermoides de bajo grado, un carcinoma de células acinares y un adenocarcinoma. En el grupo II, 1 paciente fue reportado como diferido realizando parotidectomía superficial en una

Cuadro 2. Datos intraoperatorios y en recuperación anestésica.

	Grupo I (n=31)	Grupo II (n=28)	P
Tiempo quirúrgico (min)	90,5 ± 23,4	95,4 ± 27,5	0,16
Paresia facial posoperatoria			
transitoria	2 (6,4 %)	3 (10,7 %)	0,65
Equimosis	1	0	
Hematoma	0	1	
Corte congelado	31		
Mucoepidermide de			
bajo grado	2	1	
Carcinoma			
de células acinares	1	2	
Carcinoma de células			
escamosas	0	2	
Adenocarcinoma	1	1	
Ligadura			
vena facial post.	5	4	
Tumor del lóbulo profundo	31	28	
Uso de drenaje			
rígido			
Satisfacción			
resultado			
cosmético	20	27	



Figura 10.



Figura 11.



Figura 12.

lesión de 2 cm, la cual el diagnóstico patológico definitivo fue carcinoma de células acinares,

con márgenes libres, a quién luego de discusión multidisciplinaria se decidió observar, luego 4

fuieron los especímenes operatorios reportados como positivos, los cuales se completó la parotidectomía, siendo la biopsia definitiva concluida como 2 carcinomas de células escamosas, 1 carcinoma adenoideo quístico y por último un mucoepidermoide de bajo grado. Se encontró tumor en el lóbulo profundo o medial de la glándula parótida en 5 pacientes (16,12 %) del grupo de incisión periauricular (I), mientras que ocurrió lo mismo en dicho lóbulo en 4 pacientes del grupo II (incisión preauricular transcervical), lo que representó un 14,28 %. No representó dificultad técnica en ninguno de los grupos para el abordaje del lóbulo profundo de la parótida.

Se presentó paresia facial posoperatoria en dos pacientes del grupo I y 3 del grupo II, 4 de ellos fundamentalmente de la rama mandibular del nervio facial, la cual se recuperó íntegramente a los 10 días y uno de ellos en la rama orbicular, la cual ameritó el uso de una pequeña tuerca circular de 3 mm de grosor y 1,8 g de peso en el párpado, recuperándose totalmente al mes de uso (Figura 13).



Figura 13. Colocación círculo sobre párpado.

En cuanto a la satisfacción de la cicatriz resultante del procedimiento; 30 pacientes del total del 31 del grupo I; manifestaron satisfacción por el resultado, representando el 96,7 %; mientras que 19 de 28 pacientes del grupo II, manifestaron su satisfacción por el resultado de la misma; representando un 67,8 % de los pacientes pertenecientes a este grupo.



Figura 14. Algunas gráficas de pacientes del grupo II.



Figura 15. Pacientes del grupo I con incisión periauricular y sus tiempos posoperatorios. Uno de ellos con radioterapia posoperatoria; por tratarse de un adenocarcinoma.

DISCUSIÓN

La cirugía de la glándula parótida constituye un gran reto para el cirujano de cabeza y cuello. El inicio de este, está precisamente en el hecho que comienza desde el marcaje de la incisión, porque el objetivo fundamental, es la preservación del nervio facial y por ende mantener intacta la cosmesis de la expresión.

Constituyendo aproximadamente un 80 % las lesiones benignas de los tumores de la glándula parótida, a veces vemos en la práctica clínica la poca importancia prestada tanto por algunos cirujanos en general como los pacientes que presentan estas lesiones; sobre lo delicado de este procedimiento. La anatomía y el conocimiento de las variaciones del nervio facial en cuanto a su forma de presentación son preponderantes^(18,19). Toda lesión en el área parotídea es un tumor de la glándula hasta que demos lo contrario. La cirugía de la glándula parótida es la cirugía del nervio facial (con riesgo de parálisis en manos expertas de un 3 %), es más grave y de difícil manejo una secuela cosmética y funcional, como consecuencia de la cirugía; que el manejo de un tumor de la glándula parótida por sí, sobre todo si el tumor es benigno en la mayoría de los casos. Afortunadamente; en la minoría de los casos, existe la real probabilidad de sacrificar una, varias o la rama principal del nervio facial; en este caso debemos estar entrenados para realizar distintos procedimientos que permitan mejorar este aspecto cosmético del paciente. Todo esto comienza precisamente por una adecuada exposición y una apropiada visualización de las ramas del VII par craneal, y esto se logra gracias a una incisión adecuada programada previamente. Cinco de nuestros pacientes; 3 del grupo de incisión pre auricular transcervical; y dos de la incisión peri auricular; presentaron paresia posoperatoria transitoria (5 %), que se resolvió sin tratamiento alguno a los diez días. Uno de ellos, en el grupo de la incisión peri auricular, y por voluntad propia; ameritó la colocación de una tuerca de aluminio de 1,8 g y de 3 mm de espesor, lo que ayudó probablemente a su recuperación completa, en un mes de la intervención. No se encontró dificultad técnica, ni por el tamaño del tumor ni por su naturaleza histológica o sitio de ubicación en los lóbulos; manifestada por el equipo quirúrgico en cuanto a la resección de la lesión o identificación del nervio facial, ni complicaciones severas en

cuanto al procedimiento, la única paciente que presentó un pequeño hematoma facial, lo hizo luego de una crisis hipertensiva documentada por el médico residente que se encontraba presente. En este caso, solo con medidas de físicas, se pudo permeabilizar el drenaje de aspiración sin necesidad de ir nuevamente a la mesa operatoria.

En este estudio, usamos una escala análoga de dolor, para determinar si había alguna ventaja realizando una incisión más pequeña, es decir, periauricular, los pacientes presentaban menores molestias en el posoperatorio. Esta escala fue muy sencilla y fácil de comprender por el enfermo, lo que permitió evaluar las diferencias en cuanto a su presentación y su relación con las horas del posoperatorio inmediato y mediato, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos, que presentaron una media entre 5 y 6; sobre todo en la habitación. Estos resultados nos permiten concluir, que en cuanto al dolor fue similar en todos los pacientes y no varió de acuerdo a la incisión utilizada.

La mayoría de los pacientes del grupo de la incisión peri auricular, mostraron su conformidad y satisfacción con la cicatriz resultante en el momento de retiro del material de síntesis (sutura), que en todos los casos fue después del retiro del drenaje de aspiración. Esta satisfacción cosmética fue indistinta de que se tratara de hombre o mujer⁽²⁰⁾. Esto finalmente nos permite establecer y concluir; que no hubo diferencias en cuanto a la presentación de dolor ni complicaciones posoperatorias en aquellos pacientes sometidos a resecciones de tumores parotídeos en el abordaje peri auricular en comparación a los que se les realizó el abordaje pre auricular transcervical. La manifestación de satisfacción del abordaje peri auricular fue mayor en los pacientes desde el punto de vista cosmético, siendo esta última la que se recomienda, porque no produce dificultades técnicas al momento de extirpar, ni por el tipo histológico ni por su ubicación; tanto del lóbulo superficial como del profundo, de la glándula parótida comprometida.

REFERENCIAS

1. Rankow RM. Disease of the salivary glands. En: Rankow R, editor. Filadelfia: WB Saunders; 2004.p.138-139.
2. Scherz G. Niels Stensen, Wurzburg; 1962.
3. Gúerrissi J. Cirugía de los tumores de la glándula parótida. En: Guerrisi J, editor. Buenos Aires: Amolca; 2007.p.18-19.
4. Miehke A. History of the surgery of the facial nerve. Surgery of the facial nerve. Munchen: Urban & Schwarzenberg; 1973.
5. Briceño-Iragorry L. Grandes maestros de la cirugía Venezolana. Gac Méd Caracas. 2000;108:454-512.
6. Plaza Izquierdo F. Efemérides médicas Venezolanas y días estelares Gac Méd Caracas. 2001;(109):613-619.
7. Ravelo C. Profesor, Doctor Jorge González Celis. Gac Méd Caracas. 2002;110:235-239.
8. Wormald R, Donnelly M, Timon C. Minor morbidity after parotid surgery via the modified Blair incision. J Plast Reconstr Surg. 2009;62(8):1008-1011.
9. Appiani A. Surgical Management of parotid tumors. Rev Arg Cir. 1967;21:236-239.
10. Terris DJ, Tuffo KT, Fee WE. Modified facelift incision for parotidectomy. J Laryngol Otol. 1994;108:574-578.
11. Hagan W, Anderson JR. Rhytidectomy techniques utilized for benign parotid surgery. Laryngoscope. 1980;80:711-715.
12. Rodríguez GO, Suárez CM. Un nuevo abordaje de las lesiones parotídeas. Caso clínico. Gac Méd Caracas. 1999;107(2):227-231.
13. Garriga ME, Ochoa J, Irausquin E, Garriga G E, Francisco O J. Incisión estética en la parotidectomía. Gac Méd Caracas. 1994;102(1):33-38.
14. Mijares BA, Suárez CM, Pérez CA, Agudo Linares E, Brito Arreaza E, Morillo R. Colgajo de músculo esternocleidomastoideo para mejorar el resultado cosmético posterior a parotidectomía. Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Pérez de León. 2007;38(1):20-23.
15. Timosca GC. Sternocleidomastoid muscle flaps following parotidectomy. Br J Oral Maxillofac Surg. 1994;32:262-264.
16. Bennett JD. The woman behind the syndrome: Frey's syndrome: The untold story. J Hist Neurosci. 1994;2(3):139-144.
17. Baddour HM, Ripley JF, Cortez EA, McAnear JT, Steed DL, Tilson HB. Treatment of frey's syndrome by an inter positional fascia graft: Report of case. J Oral Surg. 1980;38:778-781.
18. Zevallos U O, Paredes VH. Anatomía quirúrgica de la parótida. Rev Soc Med Hosp San Juan de Dios; 1990;11(11):55-57.
19. Ferrer S, Correa M, Barragán V, Acosta G. Glándulas salivares mayores: Hospital José A Vargas Instituto Venezolano de los Seguros Sociales Maracay. Rev Venez Cir. 2004;57(2):56-64.
20. Foro de pacientes. Disponible en: URL: http://patientsforum.com/patientsforum_