
Parotidectomía Ambulatoria. Experiencia en el Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas

Autores: Dres. Abraham Salas, Juan Postigo, Pedro Sánchez, Fernando Torres.

ARTÍCULO ORIGINAL

RESUMEN

Se presenta la experiencia del Departamento de Cabeza y Cuello del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas "Eduardo Cáceres Graziani", respecto a 42 parotidectomías practicadas en forma ambulatoria entre enero de 1997 a diciembre del 2003, en pacientes cuyas edades fluctúan entre 19 a 70 años. Los tumores de parótida tuvieron dimensiones que oscilaron entre 0.5 a 6 cms en su diámetro mayor. Dieciséis pacientes fueron sometidos a parotidectomía parcial, 23 a parotidectomía superficial y 3 tuvieron parotidectomía extendida. El tiempo operatorio promedio fue de 89 minutos (rango: 20-200 minutos). Uno de los 42 pacientes requirió hospitalización al haber presentado sangrado post-operatorio inmediato y reintervención quirúrgica subsecuente para el control del mismo. El resultado del estudio anatomopatológico demostró adenoma pleomórfico en el 76.19 %, neoplasia maligna en 11.9 % y otros tumores en el 12 %.

Palabras claves: Parótida, adenoma

SUMMARY

Is presented the experience of the Head and Neck Department of the Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas "Eduardo Cáceres Graziani", related to 42 parotidectomies with surgical treatment as ambulatory procedure and in selected patients between January 1997 to December 2003, with ages from 19 to 70 y.o. The tumor size was between 0.5 to 6 cms. Sixteen patients had partial parotidectomy, 23 superficial parotidectomy and 3 extended parotidectomy. The average surgical time was 89 minutes (range: 20-200 min). One patient required hospitalization due to immediately post operatorly bleeding and he had surgical reintervention. The pathological examination demonstrated 76.19 % as pleomorphic adenoma, 11.9 % malignant neoplasia and others in 12 %.

Key words: Parotide, adenoma

INTRODUCCIÓN

La glándula parótida puede ser asiento de tumores, cuyo proceso diagnóstico o terapéutico incluye la extirpación de los mismos mediante la exploración quirúrgica, procedimiento realizado en la modalidad de paciente hospitalizado. La experiencia acumulada y los buenos resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico ambulatorio de tumores tiroideos en el mundo y en nuestra institución(1),(2) han llevado a los cirujanos a evaluar a la posibilidad de realizar procedimientos quirúrgicos en la parótida bajo la modalidad de paciente ambulatorio. El presente estudio tiene como objeto revisar nuestra experiencia con los pacientes portadores de tumores en la glándula pa-

rótida, operados como pacientes ambulatorios, evaluando de manera especial las posibles complicaciones derivadas de tal forma de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre enero de 1997 y diciembre de 2003 se realizaron 42 operaciones de parótida en el sistema de Clínica de Día (CDD), llevadas a cabo por miembros del staff del Departamento de Cabeza y Cuello del Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas "Eduardo Cáceres Graziani" (INEN), cuyas historias clínicas fueron revisadas.

El sistema de CDD consiste en intervenir a un paciente bajo

anestesia general y darle de alta el mismo día previa re-evaluación por un médico del Departamento. El paciente es evaluado en la primera consulta donde se decide la posibilidad de intervenir en CDD, se solicita los exámenes pre-operatorios (hematológicos, bioquímicos, grupo y RH y serológicos) y riesgo quirúrgico: si es mayor de 45 años o menor de 45 pero con antecedentes de problemas cardio-vasculares, es evaluado por el cardiólogo; si es menor de 45 y aparentemente sano, sólo tiene una evaluación pre-operatoria por Médico Residente (riesgo O). El riesgo cardíaco es clasificado en I, II, III y IV.

El día de la programación, el paciente es admitido a las 7:30 horas, llevado a Sala de Operaciones según el turno correspondiente y sometido a la operación indicada: parotidectomía parcial (resección del nódulo rodeado de tejido parotídeo de aspecto normal, con o sin identificación del nervio facial), parotidectomía superficial (resección del lóbulo superficial previa identificación del nervio facial) o parotidectomía extendida (incluye resección de tejido normalmente no resecado en la parotidectomía); luego de la intervención y evaluación post-anestésica inmediata, es trasladado a un ambiente de reposo, hasta que se decida su alta o su hospitalización, en caso sea requerido.

Las variables de importancia para la presente revisión fueron edad y género, distrito de procedencia del paciente, tamaño del tumor, riesgo quirúrgico, tipo de operación, tiempo operatorio y de observación, resultado de anatomía patológica y el índice de hospitalizaciones y complicaciones por la intervención quirúrgica.

RESULTADOS

En el período comprendido entre enero de 1997 y diciembre de 2003, se han intervenido a 42 pacientes (11 varones, 26.19% y 31 mujeres, 73.80%) con rango de edad entre 19 y 70 años (promedio 45.04 años, promedio en varones 37 y en mujeres 47.90 años), procedentes de diversos sectores geográficos de Lima Metropolitana (fig. 1) y con tumores cuyos diámetros oscilaron entre 0.5 y 6 cm (promedio 2.48 cm.)

La evaluación pre-operatoria incluyó riesgo quirúrgico, catalogado como RQ 0 en 24 casos (57.14%), RQ I en 1 (2.38%), RQ II en 13 (30.95%) y RQ III en 4 (9.52%)

Los procedimientos realizados fueron parotidectomía parcial en 16 casos (38.09%), parotidectomía superficial en 23 (54.76%) y parotidectomía extendida en 3 (7.14%) con tiempos operatorios que variaron entre 20 y 200 minutos (promedio 89 minutos). En el área operatoria fueron usados dren laminar en 20 casos (47.61%), tubular en 13 (30.95%) y ninguna forma de drenaje en 9 casos (21.42%).

Después de la intervención, los pacientes tuvieron un período de recuperación y observación entre 90 y 560 minutos (promedio 317 minutos) antes de ser re-evaluados. De los 42 pacientes evaluados, sólo 1 paciente fue hospitalizado por haber presentado sangrado post-operatorio que requirió ser re-intervenido en Sala de Operaciones, (2.38%) y 5 pacientes (12.19%) fueron hospitalizados, 2 por precaución, 2 por cirugía mayor a lo planeado inicialmente y 1 por uso de drenaje al inicio de esta experiencia. No hubo además, casos de evaluación en Emergencia ni hospitalización después del alta.

Finalmente, los reportes de anatomía patológica fueron adenoma en 32 casos (76.19%), carcinoma en 5 (11.90%) y un grupo de miscelánea en 5 (linfangioma, linfoma, quiste y schwannoma, 11.90%).

DISCUSIÓN

La incidencia de tumores en las glándulas salivales es 1 a 3 casos por 100, 000 habitantes (3) y representan el 3% de la patología tumoral benigna y maligna del ser humano (4). La glándula parótida es la más comúnmente afectada, habiendo 100 casos de tumores parotídeos por cada 10 submaxilares y 1 sublingual. La incidencia de tumores en la parótida es de 40 casos por millón por año, representando el 80% de la patología tumoral salival, de los cuales el 80% es benigno y de éstos, el 80% corresponde a adenoma pleomórfico (4). Los tumores parotídeos son preferentemente de población adulta, con predominio de mujeres sobre los varones, siendo infrecuente en menores de 15 años.

Los pacientes operados en el INEN, fueron mayoritariamente mujeres (73.80%), con edad promedio de 45.04 años y cuyos resultados de patología correspondieron a adenoma pleomórfico en el 76.19% de los casos, datos que concuerdan con la literatura revisada.

El tratamiento quirúrgico inicial de las lesiones parotídeas era frustrante tanto para el cirujano cuanto para el paciente; en 1765 Lorenzo Heister reportó una parotidectomía sin consideración de la red vascular ni del nervio facial, con resultados funcionales adversos. Posteriormente, en 1825 Heyfelder hizo una parotidectomía sin lesión del nervio facial y en 1830 Velpeau sistematizó la búsqueda y conservación del nervio facial. En 1869 Erichsen enfatiza la necesidad de preservación del nervio en el tratamiento quirúrgico de tumores benignos y finalmente en 1892, Codreanu realizó la primera parotidectomía total con preservación del nervio facial.

Durante los primeros años del siglo XX y hasta la década del 40, el tratamiento sugerido fue con radioterapia dado que las recurrencias se presentaban entre 35 y 50%, sin embargo los trabajos de Barley en 1941 y luego de Hayes Martin en 1952 aportaron técnicas operatorias que hicieron de la cirugía el modo más seguro de remover el tumor, preservando la función del nervio facial.

El primer reporte de parotidectomía ambulatoria fue hecho por Steckler (5), evaluando la satisfacción del paciente, el costo personal e institucional y la seguridad del procedimiento y concluyendo que era seguro, bien aceptado por los pacientes y que permitía mejor uso de los recursos hospitalarios. Posteriormente, Bentkover (6) evaluó un grupo de 20 pacientes sometidos a parotidectomía ambulatoria, encontrando que el 95% fue dado de alta el mismo día, con un promedio de observación de 4 horas y sin complicaciones atribuibles a la condición de cirugía ambulatoria.

La experiencia mundial en este tipo de cirugía y nuestra experiencia en 493 casos de tiroidectomías ambulatorias con sólo 9.3% de pacientes que requirieron ser hospitalizados (1), (2) nos llevó a considerar la cirugía parotídea en la modalidad de paciente ambulatorio. Los procedimientos operatorios realizados en nuestra institución fueron principalmente parotidectomía parcial (38.09%) y parotidectomía superficial (54.76%), con tiempo operatorio promedio de alrededor de una hora y media (1h 29') y tiempo de observación de poco más de cinco horas (5h 17').

Matory y Spiro (7) revisaron la evolución de 3200 operaciones de Cabeza y Cuello, encontrando 54 casos de sangrado post-operatorio, siendo la parotidectomía el procedimiento más frecuentemente complicado por sangrado, 2.7% (14 de 510). De otro lado, Odell (8) reportó 76 casos operados en un tiempo de

109.8 +/- 20 con un período de observación de 268.6 +/- 58 minutos, y sólo un paciente que requirió admisión (1.3%); en nuestra experiencia, sólo tuvimos un caso de sangrado que fue re-intervenido y posteriormente hospitalizado (2,38%).

Las intervenciones en la modalidad de paciente ambulatorio son cada vez mas frecuentes, representando el 65% de las intervenciones en Estados Unidos (9) con índices bajos de complicaciones. Mezei (9) reporta que el 0.15% de las readmisiones fue por complicaciones del procedimiento quirúrgico y Coley (10) encuentra que el 1.5% de las readmisiones fue debido a la intervención quirúrgica. De los 42 casos de la presente revisión, 5 fueron hospitalizados (12,19%) por diversas causas, incluyendo exceso de precaución (dos), uso de dren tubular (uno) y cirugía mayor a la planeada inicialmente (2), siendo dados de alta el mismo día los 36 pacientes restantes. (87.81%) TABLA 1.

Tabla 1. Pacientes hospitalizados.

Tamaño	RQ	Operación	Dren	Causa	Patología
50,F	2	II	P. extendida tubular	extensión carcinoma	
20,M	2	0	P. Superficial laminar	precaución adenoma	
49,F	3	I	P. Superficial tubular	sangrado adenoma	
65,F	1.5	II	P. Extendida tubular	extensión carcinoma	
33,F	3.5	0	P. Superficial laminar	precaución adenoma	
63,F	2	III	P. Superficial tubular	dren adenoma	

En conclusión, la cirugía parotídea ambulatoria, es un procedimiento seguro, que en nuestra experiencia tuvo un índice de hospitalización de 14.28%, sujeto a mejoría y un índice de complicaciones de 2.38%, y que, además, no está limitado por la procedencia del paciente, edad, riesgo quirúrgico ni resultado de anatomía patológica, favoreciendo la rápida reinserción del paciente a su medio ambiente y permitiendo una mejor asignación de los recursos de hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tiroidectomía ambulatoria. Experiencia con 493 casos en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas Postigo J, Salas A, Sánchez P, Torres F, Travezán R.
2. Cirugía ambulatoria de tiroides. Patología quirúrgica de la glándula tiroides. J.L. Novelli, M.V. Piazza, A. Sánchez. UNR Editora. 1997
3. Eneroth, C.M. Salivary gland tumors in the parotid gland, submandibular gland and the palate region *Cancer* 27:1415, 1971
4. *Cancer of the Head and Neck*. Stephan Ariyan, M.D. The C.V. Mosby Company, 1987
5. Steckler RM. Outpatient parotidectomy. *Am J Surg*. 1991,Oct; 162(4): 303-5.
6. Bentkover SH, Kozlicak BA, Girouard S. Outpatient parotidectomy at the Fallon Clinic. The first 2 years. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996 Oct; 122(10): 1049-53.
7. Matory YL, Spiro RH Wound bleeding after head and neck surgery *J Surg Oncol*. 1993 May;53(1):17-9
8. Odell MJ, Durham JS. Parotid surgery in an outpatient setting the Vancouver Hospital experience *J. Otolaryngol* 2003,Oct; 32(5): 298-301
9. Mezei G, Chung F Return hospital visits and hospital readmissions after ambulatory surgery *Ann Surg* 1999 Nov;230(5):721-7
10. Coley KC, William BA, DaPos SV, Chen C, Smith RB Retrospective evaluation .of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. *J Clin Anesth* 2002 Aug; 14(5):349-53