



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN**

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA

**“RESULTADOS QUIRÚRGICOS TEMPRANOS EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DE TUMORES
DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA: ANÁLISIS DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE
MÉXICO”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTADO POR JORGE ALBERTO SOTO CARRASCO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA

**DIRECTOR DE TESIS:
DR OMAR ANTONIO SOTO BECERRIL**

CIUDAD DE MÉXICO -2022-



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACION DE TESIS

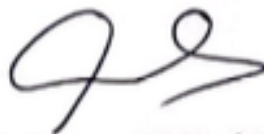
**"RESULTADOS QUIRURGICOS TEMPRANOS EN EL MANEJO QUIRURGICO
DE TUMORES DE LA GLANDULA PARÓTIDA: ANÁLISIS DE 5 AÑOS EN EL
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO"**

NUMERO DE REGISTRO: HJM211-21R



Dr. Soto Carrasco Jorge Alberto

TESISTA



Dr. Soto Becerril Omar Antonio

DIRECTOR CLINICO DE TESIS



Dr. Del Bosque Méndez Jorge Eduardo

DIRECTOR METODOLOGICO DE TESIS



Dra. Erika Gómez Zamora
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA
HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO

Dr. Erik Efraín Sosa Durán

JEFE DEL SERVICIO DE POSGRADO
HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO

INDICE

I.	RESUMEN.....	1
II.	MARCO TEORICO.....	2
III.	JUSTICACION.....	8
IV.	OBJETIVOS.....	10
V.	MATERIAL Y METODOS.....	11
VI.	RESULTADOS.....	12
VII.	DISCUSION.....	23
VIII.	CONCLUSION	26
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	27
X.	ANEXOS.....	29

I. RESUMEN

En este estudio, se realizó una recopilación de los diagnósticos de patología de glándula parótida, en el Hospital Juárez de México en un lapso de cinco años, encontrando un total de 58 pacientes postoperados de parotidectomía de 2017 a 2021.

Es un estudio retrospectivo, observacional en el cual se revisaron expedientes de pacientes con diagnóstico de tumor parotídeo y que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico oncológico. Se incluyeron variables demográficas como sexo, edad, tipo de cirugía realizada, complicaciones presentadas durante el primer mes, complicaciones persistentes hasta el tercer mes, tratamiento adyuvante de acuerdo con la respuesta a tratamiento, estirpe histológica.

Identificamos 58 pacientes después de los pacientes que no cumplían con los criterios de inclusión, predominaron los pacientes femeninos, con un 64% sobre los masculinos, teniendo una relación hombre:mujer 1:1.7.

Haciendo un comparativo con la literatura internacional acerca del pronóstico temprano de los pacientes en el primer mes, observando una tasa de morbilidad muy buena, con un número de complicaciones escaso, que al seguimiento tuvieron adecuada resolución. A pesar de no ser un centro oncológico, los resultados terapéuticos del tratamiento quirúrgico de los tumores parotídeos son excelentes.

PALABRAS CLAVE: Tumor, parótida, complicaciones

II. MARCO TEORICO

Un tumor parotídeo a menudo se encuentra incidentalmente en un paciente asintomático. Los antecedentes y el examen físico pueden determinar si la masa es una manifestación de una enfermedad sistémica o una verdadera neoplasia. Se ofrecen evaluaciones adicionales, incluidos estudios por imágenes y biopsias, a pacientes debidamente seleccionados antes de la parotidectomía.

La parotidectomía es un procedimiento común en la cirugía de cabeza y cuello y es bastante seguro. La mayoría de los pacientes tienen una inquietud significativa sobre posibles complicaciones, como lesiones en el nervio facial. Sin embargo, el riesgo se puede minimizar adhiriéndose a los principios descritos en este tema (1).

La principal indicación para la cirugía de parótida es eliminar una masa parotídea. Aunque la mayoría de las neoplasias parotídeas son benignas; algunas de estas neoplasias pueden agrandarse y causar deformidad significativa o destrucción tisular local, mientras que otras pueden degenerar en malignidad. Por lo tanto, la mayoría de las masas de parótida deben ser eliminadas.

También se deben extirpar lesiones parotídeas que son malignas o indeterminadas, independientemente del grado tumoral. Las neoplasias malignas de grado alto incluyen carcinoma mucoepidermoide de grado alto, exadenoma pleomórfico, carcinoma quístico adenoide de tipo sólido, carcinoma de células escamosas, carcinoma de

conducto salival y adenocarcinoma; el carcinoma mucoepidermoide de grado bajo se considera de grado bajo, mientras que todas las neoplasias malignas restantes están en el grupo de grado intermedio (2).

En general, las lesiones benignas son más susceptibles a enfoques quirúrgicos menos invasivos, y las lesiones malignas requieren una cirugía más extensa.

Si bien algún tipo de imagen parotídea a menudo se realiza preoperatoriamente; no es necesario en todas las circunstancias. Las modalidades de imagen deben seleccionarse en función de las características que se van a dilucidar.

Mientras que muchos médicos realizan imágenes anatómicas de rutina (tomografía computarizada o imágenes por resonancia magnética) como parte de la evaluación inicial, otros biopsian la lesión primero y determinan la necesidad de imágenes parótidas en función de los resultados de la biopsia y la evaluación clínica:

Si la biopsia es benigna y la lesión es completamente palpable y clínicamente benigna, no es obligatorio realizar imágenes adicionales.

Si la biopsia es maligna o indeterminada, o si el paciente tiene una gran masa, dolor, evidencia clínica de extensión de la enfermedad fuera de la glándula parótida (por ejemplo, trismo, debilidad facial, compromiso de la piel), o antecedentes de malignidad cutánea en la cabeza y el cuello, se deben realizar imágenes anatómicas (3).

El paso intraoperatorio más importante durante la disección es la identificación precisa del nervio facial. La identificación nerviosa permitirá la movilización de la masa fuera del nervio, la preservación del nervio y la minimización del riesgo de lesión nerviosa (4).

La incisión de Blair modificada es el enfoque estándar para exponer la glándula parótida. Se puede usar una incisión de lifting facial modificada en pacientes seleccionados con una lesión en la cola de la glándula parótida (5).

El paso intraoperatorio más importante durante la disección es la identificación precisa del nervio facial. La identificación nerviosa permitirá la movilización de la masa fuera del nervio, la preservación del nervio y la minimización del riesgo de lesión nerviosa (6).

La tendencia actual de la cirugía parotídea es hacia el uso de técnicas mínimamente invasivas para reducir el volumen de tejido parotídeo normal extirpado mientras se mantiene un margen tumoral adecuado. Los objetivos de esta tendencia son mantener una baja tasa de recurrencia tumoral y reducir la incidencia de complicaciones quirúrgicas importantes, a saber, debilidad facial debido a una lesión del nervio facial y el síndrome de Frey.

La debilidad facial postoperatoria o la inmovilidad es la complicación más temida de la cirugía de la parótida. Afortunadamente, esta complicación es razonablemente poco común, particularmente en manos experimentadas. La tendencia actual hacia el uso de enfoques quirúrgicos menos extensos también ha disminuido la incidencia de lesiones en el nervio facial (7).

Las importantes consecuencias funcionales y psicológicas de la disfunción del nervio facial han impulsado la utilización del monitoreo del nervio facial en un intento de reducir la incidencia de lesiones y disfunción nerviosas. Es poco frecuente incorporar rutinariamente el monitoreo del nervio facial, más bien se emplea selectivamente para la reoperación o cirugías que son complejas y de alto riesgo según lo definido por el cirujano. En este momento, la monitorización del nervio facial durante la parotidectomía no debe considerarse un cuidado estándar, particularmente porque los resultados de debilidad facial a largo plazo son los mismos con o sin monitoreo nervioso (8).

El síndrome de Frey, o sudoración gustativa, surge de las neuronas parótidas parasimpáticas que reinervan las glándulas sudoríparas en la piel superpuesta. Se encuentra comúnmente si se prueba específicamente con una prueba de almidón de yodo, pero se nota menos clínicamente. La incidencia del síndrome de Frey clínicamente evidente oscila entre el 1 y el 44 por ciento y depende en gran medida del alcance de la cirugía parotídea (9).

Se esperan cambios sensoriales en todos los pacientes después de la cirugía de la parótida y tienen una recuperación variable. Esto se debe a la transección de las ramas sensoriales cutáneas de los nervios que inervan la parte superior del cuello, el oído y la piel preauricular de la cara. La pérdida sensorial anticipada (hipoestesia) en esta distribución debe discutirse con el paciente preoperatoriamente, teniendo en cuenta el hecho de que la recuperación puede retrasarse hasta un año o más, y que la disminución de la sensación en ciertas áreas puede ser permanente.

La transección del nervio auricular mayor durante la parotidectomía ha llevado a muchos de los problemas a largo plazo con la hipoestesia. Por lo tanto, muchos cirujanos intentan preservar la rama posterior del nervio auricular mayor para minimizar la hipoestesia a largo plazo. En un ensayo de 130 pacientes sometidos a parotidectomía superficial, la preservación, en lugar de la transección, de la rama posterior de la GAN llevó a una mayor mejora de la sensibilidad en las áreas del lóbulo y el antitrago, tanto a los 12 (59 frente al 24 por ciento) como a los 24 meses (71 frente al 31 por ciento) después de la cirugía.

Otra complicación rara pero potencialmente debilitante es el síndrome de la primera mordedura (espasmo severo y dolor en la región de la glándula parótida presente en la primera mordedura de una comida, que disminuye con mordeduras adicionales) (10). Esto se ha notificado en el 9,6 por ciento de los pacientes de una serie de 499 pacientes después de la parotidectomía del lóbulo profundo y se asocia con sacrificio de la cadena simpática (OR 4.2), disección del espacio parafaríngeo (OR 8,7) y resección del lóbulo profundo solamente (OR 4.2) (11)

El síndrome de la primera mordedura está relacionado con el daño a la innervación simpática de la glándula parótida, con la que se cree que la hiperactivación parasimpática estimula una contracción exagerada de las células mioepiteliales que causa dolor (12). En series de casos pequeños, la inyección de toxina botulínica A en la glándula parótida afectada paraliza los nervios parasimpáticos y disminuye la gravedad del síndrome de primera mordedura (13).

Otras complicaciones pueden ocurrir después de la parotidectomía, incluyendo seroma o sialocele, hemorragia, fístula salival e infección (14). La incidencia de estas raras complicaciones a menudo es difícil de determinar, ya que la mayoría de las publicaciones se centran en la disfunción del nervio facial y el síndrome de Frey (15).

III. JUSTIFICACIÓN

Actualmente las técnicas quirúrgicas tienen ambiciosos objetivos funcionales para el paciente, siguiendo los principios médicos de “Primum non Nocere”. Sin embargo, los tumores de la glándula parótida, presentan un importante desafío por presentar una anatomía compleja, con un desarrollo embriológico interesante, lo cual compromete de manera directa al nervio facial. Este compromiso, implica que al momento de la cirugía, la posibilidad de dañar de manera parcial o total a dicho nervio sea un riesgo latente en cada cirugía.

Se ha descrito a nivel mundial el porcentaje de lesiones que representa la cirugía de parótida, con estudios bien establecidos que nos dan un estándar para tener la referencia exacta del grado de lesión del nervio facial posterior a una parotidectomía.

Sabiendo esto, hemos notado que las estadísticas mundiales no siempre cumplen de manera exacta en la población latina, y menos aún, en la población mexicana. Se hizo una revisión de la base de datos de tesis en la biblioteca de la UNAM, identificando que incluso, se cuenta a nivel nacional, con reportes de casos, de las parotidectomías por institución (IMSS, ISSSTE). Sin encontrar ninguna publicación que haga referencia de la prevalencia e incidencia de complicaciones de parotidectomía por neoplasias en esta institución, el Hospital Juárez de México no tiene descrito ninguna serie de casos en la que se exponga la parte básica epidemiológica que implica esta cirugía.

Una vez dicho esto, se observa la necesidad de iniciar una descripción de las características de la parotidectomía en nuestra unidad, describiendo el tipo de incisión, la neoplasia, reporte histopatológico, y las complicaciones que generó dicho procedimiento.

Sabemos que iniciar un estudio retrospectivo de estos datos puede significarla base para futuros estudios prospectivos en nuestra unidad. Por lo que se llevará a cabo dicha recopilación de datos y descripción de los mismos.

IV. OBJETIVOS

Generales:

Identificar la morbilidad a 30 días del posquirúrgico en pacientes operados de parotidectomía por neoplasias de enero de 2017 a agosto de 2021.

Específicos

- 1.- Buscar todos los pacientes operados de parotidectomía en la unidad de oncología.
- 2.- Recabar variables demográficas y clínicas de pacientes operados de parotidectomía a través de una base de datos.
- 3.- Analizar las diferentes variables obtenidas de pacientes operados de parotidectomía.
- 4.- Identificar factores de riesgo asociados a la morbilidad.
- 5.- Describir el tipo de complicaciones de pacientes operados de parotidectomía.

V. MATERIAL Y METODOS

Es un estudio retrospectivo, observacional, en el cual se revisaron expedientes de pacientes con diagnóstico de tumor parotídeo que se hallan tratado de manera quirúrgico por el servicio de Oncología del Hospital Juárez de México en el periodo comprendido de enero de 2017 a agosto de 2021. Se estudiaron variables demográficas como edad, sexo, tipo de cirugía de urgencia realizada, reporte histopatológico, evolución del paciente en el primer mes y su evolución hasta los tres primeros meses de postoperado, lateralidad del tumor, tamaño del tumor, necesidad de adyuvancia. Las variables se registraron en una hoja de captura de datos y posteriormente se integró una base de datos en Excel.

VI. RESULTADOS

Se realizó un análisis en el Hospital Juárez de México, en el cual se contemplaron los tumores parotídeos que se hayan diagnosticado en el periodo de Enero de 2017 a Agosto de 2021, obteniendo una base de datos inicial de 216 pacientes, de los cuales por criterios de exclusión, se eliminaron aquellos que fueron tratados en otros servicios (Pediatria, Otorrinolaringología), obteniendo un total de 150 pacientes, de los cuales se revisaron los expedientes correspondientes, específicamente su resultado histopatológico, y se incluyeron únicamente a los pacientes que correspondían a algún tipo de patología asociada a la glándula parótida, obteniendo únicamente 58 pacientes en este lapso de 5 años.

Hasta este momento, no se han registrado defunciones de estos pacientes, y aquellos que tuvieron diagnóstico de malignidad continúan en seguimiento por consulta externa. Los que presentaron diagnóstico de benignidad continuaron seguimiento hasta confirmar curación total de la lesión y fueron dados de alta del servicio.

Durante el análisis se identificó que la patología parotídea en nuestra institución tiene una tendencia por el sexo femenino, siendo una relación 1.7:1 mujer:hombre, representando un 64% de la patología total atendida hacia pacientes femeninos (Fig. 1).

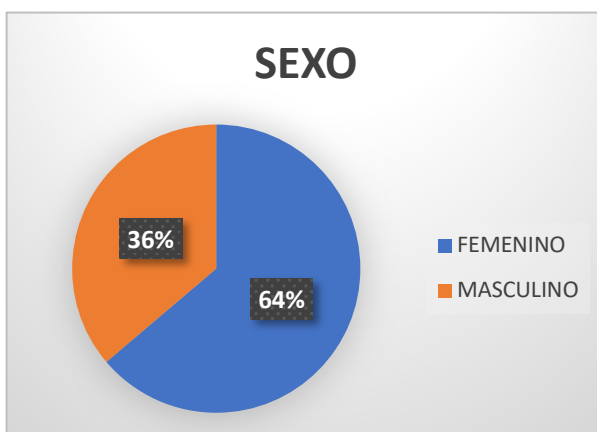


Fig. 1. Relación existente por sexo de los pacientes incluidos en el estudio

Además, los rangos de edad que mayormente fueron resitrados durante el análisis fueron aquellos pacientes entre la 6ª y 7ª décadas de la vida, integrando el 51% de los pacientes incluidos (Fig. 2).

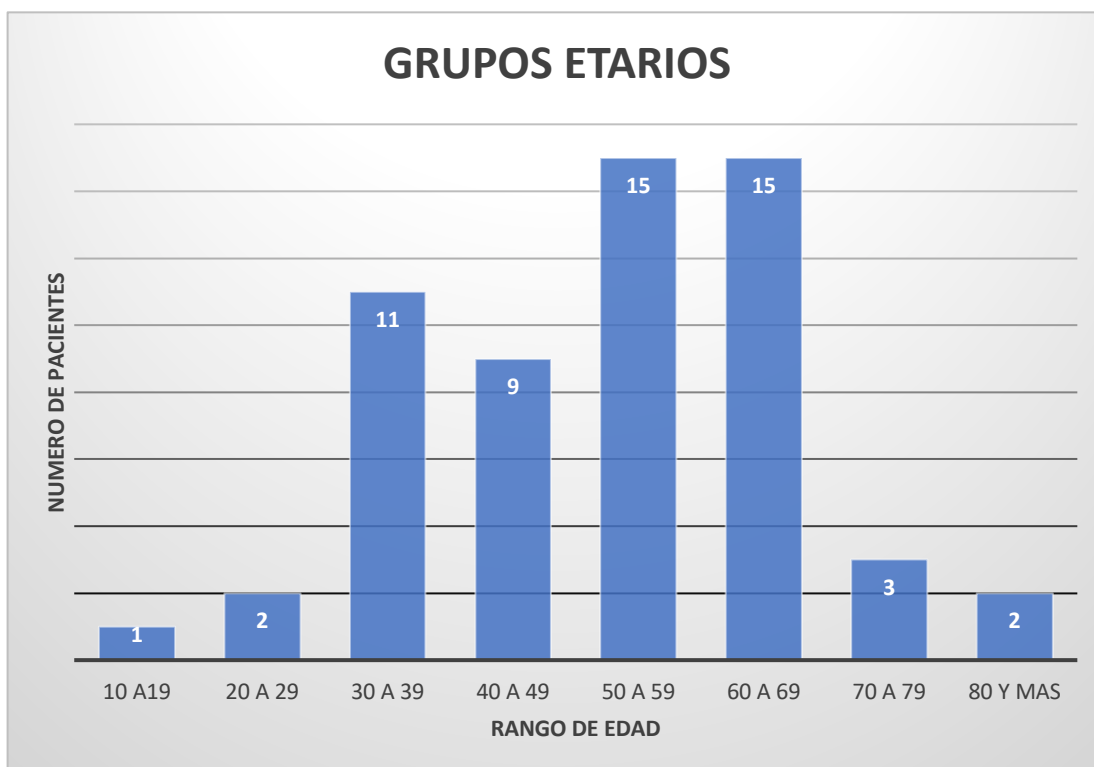
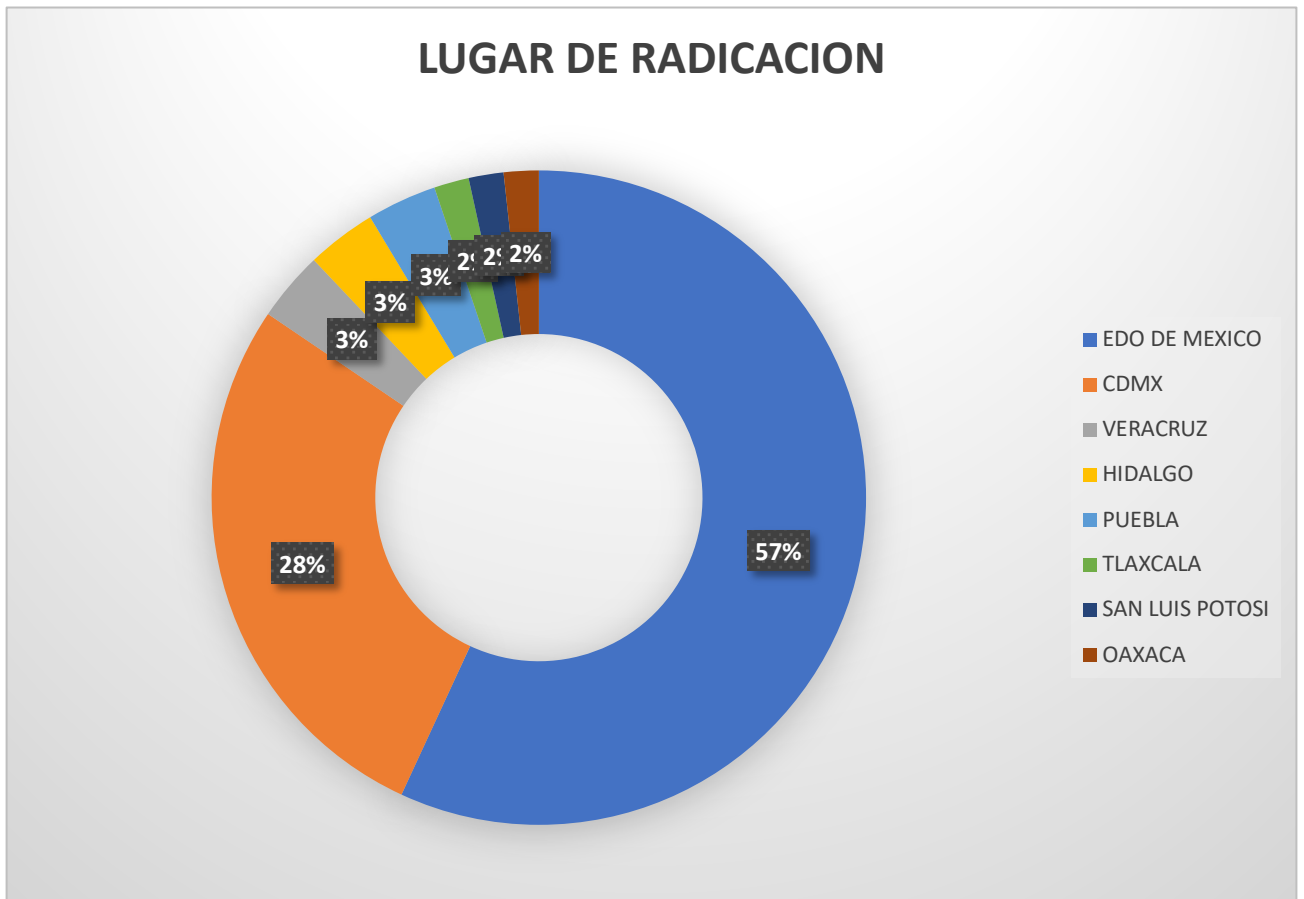


Fig. 2. Se agruparon a los pacientes por grupos etarios, teniendo mayor frecuencia el rango de 50 a 69 años, seguido de los pacientes entre 30 a 39

Llama la atención, que se presentó un paciente de la segunda década de la vida, con una buena evolución clínica; mientras que nuestros pacientes más añosos presentaron patología más agresiva y cursaron con peor evolución clínica.

Nuestra población estudiada no solo incluye pacientes de la Ciudad de México (27.5%), pues la mayoría de la población atendida proviene del Estado de México (56.8%), y aunque los pacientes del interior de la república tienen dificultad para trasladarse hasta nuestra unidad, parece ser que no representa un pretexto para acudir a vigilancia por su patología (Fig. 3).



ESTADO	NUMERO
EDO DE MEXICO	33
CDMX	16
VERACRUZ	2
HIDALGO	2
PUEBLA	2
TLAXCALA	1
SAN LUIS POTOSI	1
OAXACA	1
Total general	58

Fig. 3. La mayoría de nuestros pacientes estudiados, radican en el Estado de México, seguido de la ciudad de México; y a pesar de ser una pequeña cantidad de pacientes provenientes de otros estados del interior de la república, al menos 6 estados acudieron para atención de su padecimiento.

Consideramos que el tipo de cirugía realizada (parotidectomía total y superficial) tiene poca morbilidad debido a que la evolución de los pacientes fue excelente, teniendo un promedio de estancia hospitalaria de 2.5 días de estancia, siendo dos días lo más frecuente, por lo que se considera corta estancia intrahospitalaria (Fig. 4 y Fig. 5).



Fig. 4. La mayoría de los pacientes requirieron únicamente dos días de estancia, contemplando el bajo índice de complicaciones postquirúrgicas



Fig. 5. De acuerdo con el tipo de cirugía que requirieron los pacientes, 79% de los pacientes fueron sometidos a parotidectomía superficial, que representó 46 pacientes versus 12 pacientes que ameritaron parotidectomía total

Si bien es cierto que los pacientes que mayormente presentaron complicaciones asociadas a la cirugía fueron aquellos que se sometieron a parotidectomía total, también es importante mencionar que, de acuerdo con el tipo de tumor presente, fue la necesidad de llevar a cabo un tratamiento más radical, con la finalidad de obtener la curación completa.

EL reporte histopatológico más frecuente fue el adenoma pleomorfo, el cual es un tumor benigno, que representó el 24.1% de los tumores reportados por el servicio de patología. El tumor maligno más frecuente fue el carcinoma ductal con únicamente 4 pacientes (6.8%). Sin embargo, se identificaron diversos reportes de patología asociados a otras entidades, como el Linfoma no Hodking parotídeo, tuberculosis parotídea (3.4%) y un carcinoma metastásico de células renales (Fig. 7).

"VARIEDAD HISTOPATOLOGICA DE LOS TUMORES PAROTIDEOS": adenoma pleomorfo tiene un valor notablemente superior.



Sin embargo, si comparamos la cantidad de tumores malignos que se encontraron en contraste con los benignos, notamos que la mayoría de los tumores operados en este periodo fueron benignos (Fig. 8)

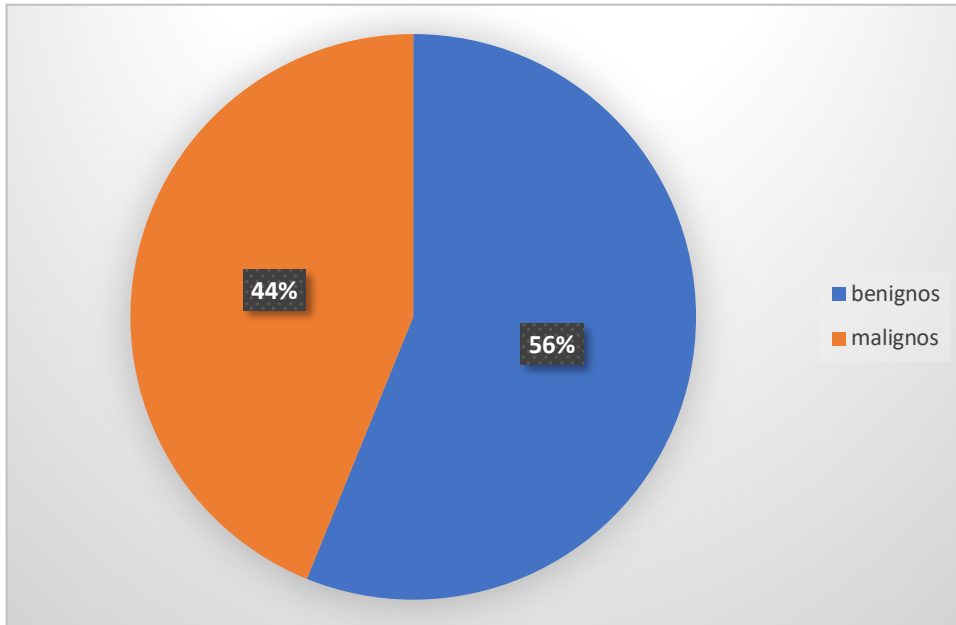


Fig. 8. Porcentaje de tumores identificados en el periodo de 2017 a 2021, prevaleciendo los tumores benignos en un 56%

Finalmente, el tamaño de los tumores también es un factor importante que contribuye al adecuado manejo de los pacientes y su control local, sin embargo, en los resultados histopatológicos en diversas ocasiones no se logró identificar tumor por ser este solo una zona de induración o fibrosis que no pudo ser cuantificada (Fig. 9). Sin embargo, la principal razón para recibir adyuvancia fueron otros factores de riesgo, sin tomar en cuenta el tamaño tumoral.

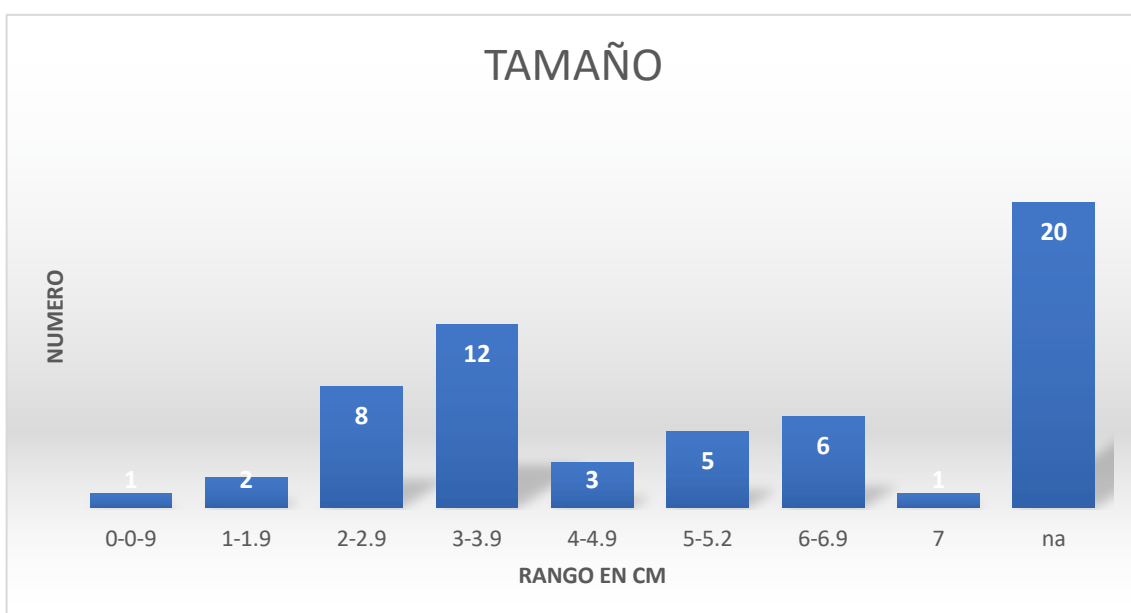


Fig. 9. El tamaño principal reportado fueron tumores de entre 3 y menos de 4 cm, sin embargo, algunas patologías como la tuberculosis parotídea, la sialoadenitis, no pudieron ser medidas.

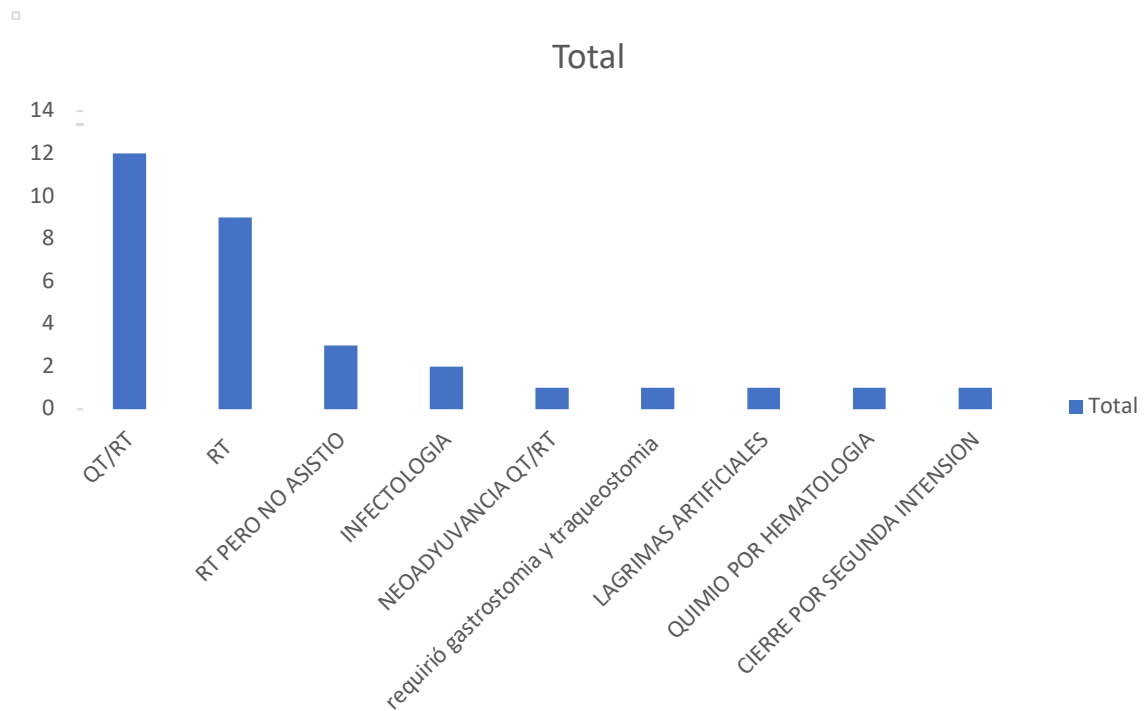


Fig. 10. La principal adyuvancia que ameritaron los pacientes fue con QT/RT por la estirpe histopatológica aunado a factores de riesgo como bordes cercanos o incluso bordes positivos. Solo hubo un caso en el cual se aplicó neoadyuvancia.

Dicho esto, enfocamos nuestra atención al tipo de complicaciones en el postquirúrgico inmediato y mediano, encontrando que la mayoría de los pacientes no presentaron ninguna complicación posterior a su cirugía (hasta 53% de los pacientes no presentaron complicaciones). De las parálisis faciales que se presentaron, de acuerdo a la clasificación de House Brackmann (Imagen 1), predominó la lesión HB II, con 9 pacientes, que representa el 15.5% de los pacientes, la lesión más grave fue HB IV y representó el 13.7%. Otro aspecto del cual se debe hacer énfasis, es el bajo índice de infecciones presentes (solo el 3.4%). Únicamente dos pacientes presentaron tumor residual (Fig. 8)

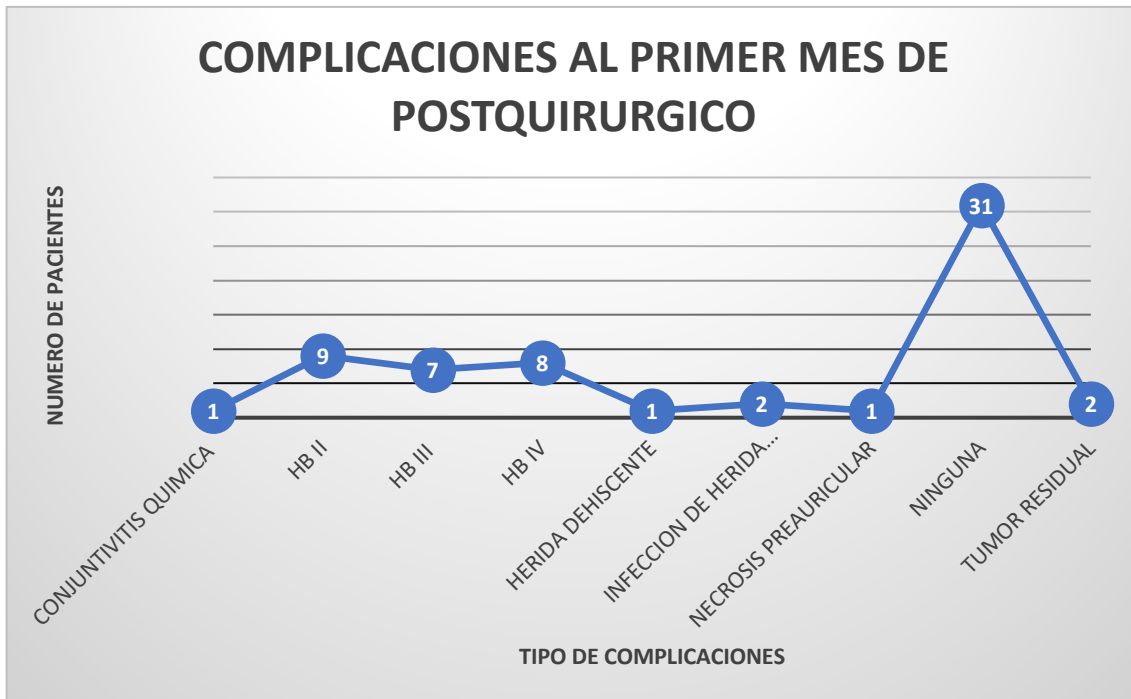


Fig. 8. Complicaciones observadas en postquirúrgico inmediato y hasta el primer mes de seguimiento

house-brackmann facial nerve grading system		
Grade		Defined by
1	Normal	Normal facial function in all areas.
2	Mild dysfunction	Slight weakness noticeable only on close inspection. At rest: normal symmetry of forehead, ability to close eye with minimal effort and slight asymmetry, ability to move corners of mouth with maximal effort and slight asymmetry. No synkinesis, contracture, or hemifacial spasm.
3	Moderate dysfunction	Obvious but not disfiguring difference between two sides, no functional impairment; noticeable but not severe synkinesis, contracture, and/or hemifacial spasm. At rest: normal symmetry and tone. Motion: slight to no movement of forehead, ability to close eye with maximal effort and obvious asymmetry, ability to move corners of mouth with maximal effort and obvious asymmetry. Patients who have obvious but no disfiguring synkinesis, contracture, and/or hemifacial spasm are grade III regardless of degree of motor activity.
4	Moderately severe dysfunction	Obvious weakness and/or disfiguring asymmetry. At rest: normal symmetry and tone. Motion: no movement of forehead; inability to close eye completely with maximal effort. Patients with synkinesis, mass action, and/or hemifacial spasm severe enough to interfere with function are grade IV regardless of motor activity.
5	Severe dysfunction	Only barely perceptible motion. At rest: possible asymmetry with droop of corner of mouth and decreased or absence of nasal labial fold. Motion: no movement of forehead, incomplete closure of eye and only slight movement of lid with maximal effort, slight movement of corner of mouth. Synkinesis, contracture, and hemifacial spasm usually absent.
6	Total paralysis	Loss of tone; asymmetry; no motion; no synkinesis, contracture, or hemifacial spasm.

Imagen 1. Clasificación House-Brackmann para parálisis del nervio facial
Shari D. Reitzen; James S. Babb; Anil K. Lalwani (2009). Significance and reliability of the House-Brackmann grading system for regional facial nerve function. 140(2), 0–158.(16)

De estos pacientes, durante el seguimiento hasta tres meses posteriores a su cirugía, presentaron mejoría significativa de las lesiones que se habían presentado inicialmente, sin embargo, se presentaron otras complicaciones que no se habían visto en el periodo inmediato ni mediato de la cirugía. Predominaron nuevamente los pacientes con buena evolución (62% sin alteraciones), únicamente un paciente con parálisis facial HB IV (1.7%) y siete pacientes con parálisis facial HB II (12%), un paciente con parálisis facial mencionada en las notas de seguimiento pero que no fue clasificada; 5 pacientes perdieron seguimiento (asombrosamente no tuvo relación a lejanía en sitio donde radicaba) (Fig. 9).

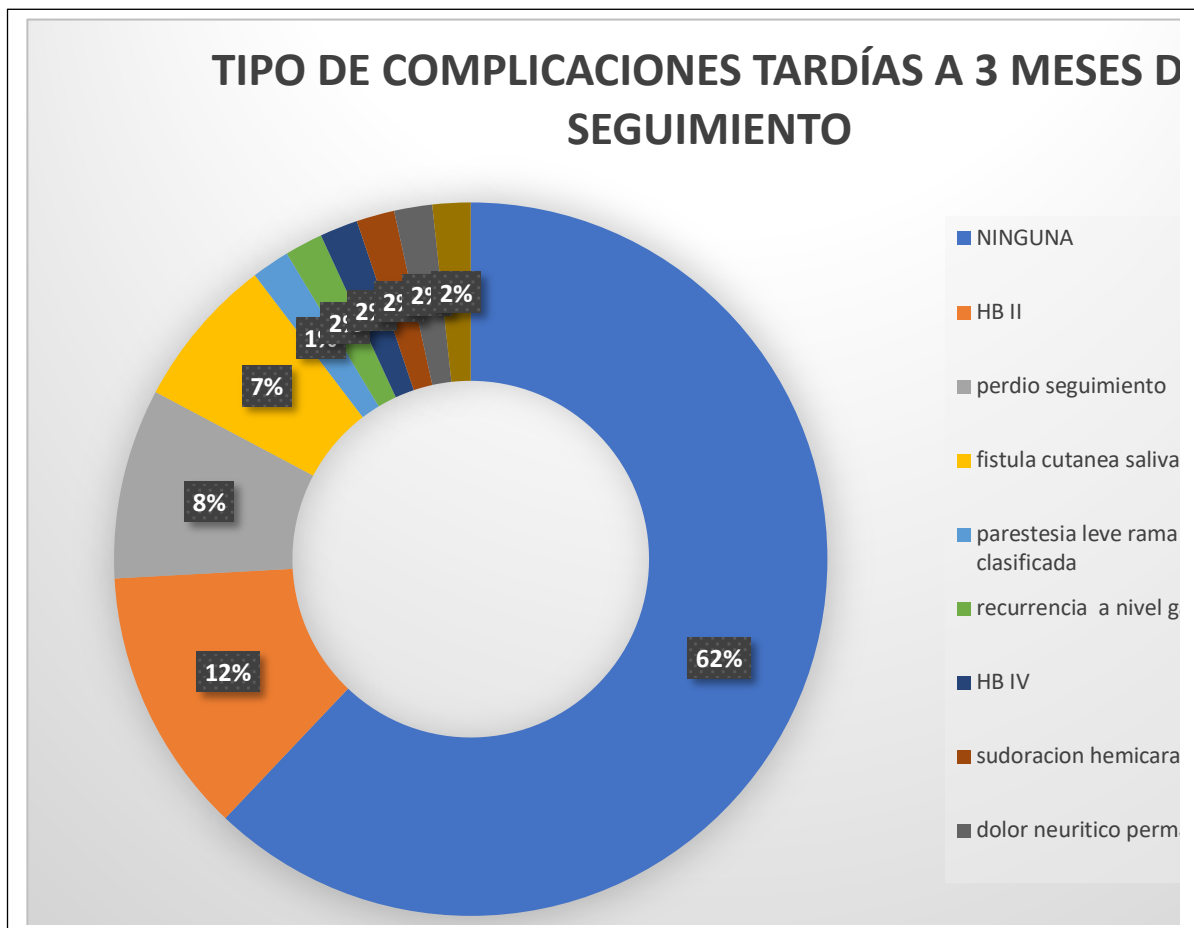


Fig. 9. Complicaciones tardías a 3 meses de postoperados. Continua el predominio de los pacientes sin complicaciones con 62%, la parálisis facial HB II con 12% y HB IV 1%, sin embargo el numero total de pacientes con parálisis facial fue únicamente de 9, a diferencia de los pacientes en su primer mes que fueron 24.

Otro aspecto observado, fue la disminución del número de pacientes por año, siendo 2017 un año productivo con 27 pacientes, representando el 46.5% del total de nuestro universo. Observamos un decremento importante, probablemente asociado al inicio de la pandemia por SAR COV 2, en el año 2020. Sin embargo, desde 2019 se atendieron solo a 8 pacientes (13.7%), para 2020 y 2021 se incluyeron solo a 6 pacientes por año (Fig. 10).

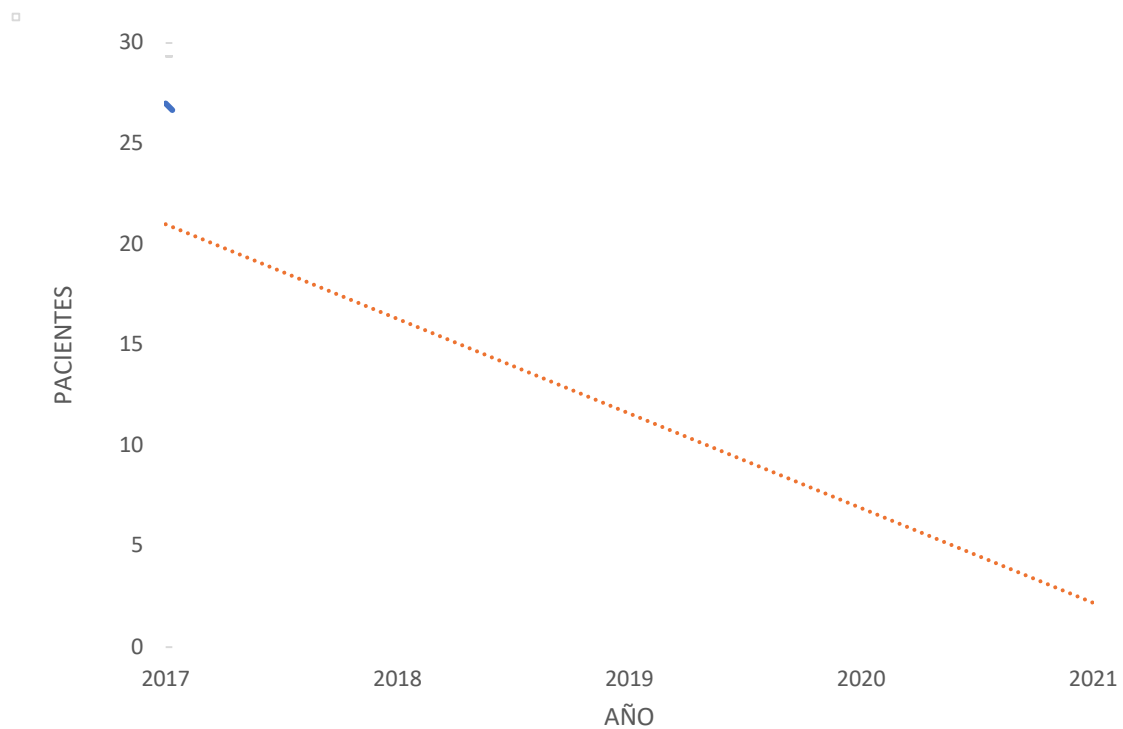


Fig. 10. Número de pacientes atendidos por año. Desde 2018 hubo una disminución importante en cuanto al número, 2020 y 2021 fueron los años con menor número de casos, probablemente asociado a la pandemia por SARS COV 2

VII. DISCUSION

Se realizó una base de datos con 58 pacientes únicamente, los cuales fueron tratados en el servicio de oncología en el área de Cirugía de Cabeza y Cuello. Si bien es cierto que en la literatura internacional, se comenta que la cirugía de parótida es una de las más seguras en su realización debido al gran apego que existe en las referencias anatómicas descritas durante su disección, también es cierto que no existe un informe que nos hable sobre los resultados obtenidos en nuestra institución, el Hospital Juárez de México. Durante el año 2017, se realizaron, al menos en el servicio de oncología, 27 cirugías para tratamiento de tumores parotídeos, lo cual disminuyó drásticamente al inicio de la pandemia de 2019, con un promedio anual de 6 cirugías por año. Esto sesga de cierta forma nuestro análisis, pero a pesar de eso, la proporción de complicaciones posteriores al tratamiento fueron escasas, con un promedio de estancia intrahospitalaria de 2 días, tiempo en el cual tuvieron una evolución excelente, y entrando en la definición de corta estancia intrahospitalaria.

La cantidad de pacientes que presentaron algún tipo de complicación en el postquirúrgico fueron 31, mientras que los pacientes que se aquejaron de algún trastorno fueron 31 (tomando en cuenta pacientes que presentaron más de una complicación) encontrando que el número de pacientes que presentaron algún tipo de morbilidad fue del 50%, sin ser ninguna de estas una complicación grave que pusiera en riesgo su vida, y que la mortalidad de estos pacientes fue de 0%.

Ahora bien, a pesar de únicamente querer tomar en cuenta las complicaciones al primer mes de postquirúrgico, se analizaron los resultados incluso a tres meses de postoperados, teniendo un 62% de pacientes que no presentaron ninguna alteración en contraste con un 38% que continuaban con cierto grado de morbilidad. De estos últimos cinco perdieron seguimiento, y solo uno tuvo parálisis persistente.

Por esto, consideramos que los pacientes presentan una respuesta adecuada a tratamiento, con baja tasa de complicaciones y de las complicaciones hasta tres meses posteriores a su tratamiento, el índice de respuesta es adecuado. Sin bien es cierto que hasta 21 pacientes ameritaron algún grado de radioterapia o quimioterapia con radioterapia, es imprescindible comentar que el resultado quirúrgico fue adecuado, y que la adyuvancia fue necesaria para completar el tratamiento estándar para su tipo histopatológico.

Durante el análisis, también se encontraron tumores que constituyeron hallazgos no esperados al momento de obtener la respuesta de patología, como fue el identificar a dos pacientes con tuberculosis en el área parotídea, los cuales fueron enviados al servicio de infectología para continuar seguimiento.

También hubieron dos casos de linfoma no Hodgkin que uno terminó siendo tratado por el servicio de hematología y el otro en servicio de oncología médica.

Un paciente más fue aquel que presentó una metástasis de un carcinoma renal de células claras a parótida, siendo la manera de identificar al tumor primario, la identificación del tumor parotídeo.

Al momento de realizar la recopilación de datos todos los pacientes continúan con carnet vigente, ninguno de ellos tiene reporte de haber fallecido, a pesar del pronóstico individual de cada estirpe histológica. Por lo que consideramos el tratamiento fue adecuado, se llevó de forma oportuna, y la tasa de complicaciones inmediatas y mediatas son buenas y bien toleradas por el paciente.

En un análisis a futuro, sería prudente tomar a los pacientes de esta recopilación y someterlos a una encuesta de satisfacción, para conocer de forma personal (y no por la interpretación de su médico tratante) el grado de mejoría que presentaron con el tratamiento completo, ya sea únicamente con cirugía, e incluso podríamos incluir la respuesta a tratamiento sistémico.

VIII. CONCLUSIONES

La cirugía de parótida en el Hospital General de México tiene una tasa de supervivencia del 100% con un índice de complicaciones del 50% asociado a lesiones leves que tienen una remisión hasta del 38% al menos a los primeros tres meses de seguimiento, con estancia intrahospitalaria corta y egresando en las mejores condiciones posibles. Se considera un procedimiento seguro, y que en nuestra institución se lleva a cabo de forma rutinaria. Actualmente se presentó una disminución de frecuencia asociada a la pandemia de 2019, pero se continúa trabajando para ofrecer a los pacientes el tratamiento en tiempo y forma correspondientes.

Los resultados de nuestra institución por lo tanto son equiparables a los reportados en la literatura.

IX. REFERENCIAS

1. Guzzo, M., Locati, L. D., Prott, F. J., Gatta, G., McGurk, M., & Licitra, L. (2010). Major and minor salivary gland tumors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 74(2), 134–148.
2. Kawata, R., Koutetsu, L., Yoshimura, K., Nishikawa, S., & Takenaka, H. (2010). Indication for elective neck dissection for N0carcinoma of the parotid gland: a single institution's 20-year experience. *Acta Oto-Laryngologica*, 130(2), 286–292.
3. Feinstein, A. J., Alonso, J., Yang, S.-E., & St. John, M. (2016). Diagnostic Accuracy of Fine-Needle Aspiration for Parotid and Submandibular Gland Lesions. *Otolaryngology-Head and NeckSurgery*, 155(3), 431–436.
4. Shkedy, Y., Alkan, U., Mizrachi, A., Shochat, T., Dimitstein, O.,Morgenstern, S., Bachar, G. (2017). Fine-needle aspiration cytology for parotid lesions, can we avoid surgery? *Clinical Otolaryngology*, 43(2), 632–637.
5. Ahmedli, N., & Myssiorek, D. (2018). Parotidectomy incisions. *Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery*.
6. Swendseid, B., Li, S., Thuener, J., Rezaee, R., Lavertu, P., Fowler,N., & Zender, C. (2017). Incidence of facial nerve sacrifice in parotidectomy for primary and metastatic malignancies. *Oral Oncology*, 73, 43–47.
7. Ruohoalho, J., Mäkitie, A. A., Aro, K., Atula, T., Haapaniemi, A., Keski-Säntti, H., Bäck, L. J. (2016). Complications after surgery forbenign parotid gland neoplasms: A prospective cohort study. *Head & Neck*, 39(1), 170–176.


8. Kartush JM, Rice KS, Minahan RE, Balzer GK, Yingling CD, Seubert CN. Best Practices in Facial Nerve Monitoring. *Laryngoscope*. 2021 Apr;131 Suppl 4:S1-S42.
9. Kadletz, L., Grasl, S., Grasl, M. C., Perisanidis, C., & Erovic, B. M. (2016). Extracapsular dissection versus superficial parotidectomy in benign parotid gland tumors: The Vienna Medical School experience. *Head & Neck*, 39(2), 356–360.
10. Bradley PJ, Eisele DW (eds): *Salivary Gland Neoplasms*.
11. *Adv Otorhinolaryngol*. Basel, Karger, 2016, vol 78, pp 168–174.
12. Gillespie MB, Albergotti WG, Eisele DW: Recurrent salivary gland cancer. *Curr Treat Options Oncol* 2012;13:58–70.
13. Terhaard CH, Lubsen H, van der Tweel I, et al: Salivary gland carcinoma: independent prognostic factors for locoregional control, distant metastases, and overall survival: results of the Dutch head and neck oncology cooperative group. *Head Neck* 2004;26:681–692; discussion 692–693.
14. Chen AM, Garcia J, Granchi PJ, et al: Late recurrence from salivary gland cancer: when does ‘cure’ mean cure? *Cancer* 2008;112:340–344.
15. Boahene K: Reanimating the paralyzed face. *F1000Prime Rep* 2013;5:49.
16. Clark JR, Vesely M, Gilbert R: Scapular angle osteomyogenous flap in postmaxillectomy reconstruction: defect, reconstruction, shoulder function, and harvest technique. *Head Neck* 2008;30: 10–20.
17. Shari D. Reitzen; James S. Babb; Anil K. Lalwani (2009). Significance and reliability of the House-Brackmann grading system for regional facial nerve function. *140(2)*, 0–158



Lista de Cotejo de Validación de Tesis de Especialidades Médicas

Fecha	13	Julio	2022
	día	mes	año

INFORMACIÓN GENERAL (Para ser llenada por el área de Posgrado)				
No. de Registro del área de protocolos	Si	X	No	Número de Registro
				HJM 211/21-R
"RESULTADOS QUIRURGICOS TEMPRANOS EN EL MANEJO QUIRURGICO DE TUMORES DE LA GLANDULA PARÓTIDA: ANÁLISIS DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO"				
Nombre Residente	DR.JORGE ALBERTO SOTO CARRASCO			
Director de tesis	DR OMAR ANTONIO SOTO BECERRIL			
Director metodológico				
Ciclo escolar que pertenece	2021-2022	ESPECIALIDAD	CIRUGIA ONCOLÓGICA	
INFORMACIÓN SOBRE PROTOCOLO/TESIS (Para ser validado por la División de Investigación/SURPROTEM)				
VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD	HERRAMIENTA	PLAGIOSCAM	PORCENTAJE	1%
COINCIDE TÍTULO DE PROYECTO CON TESIS	SI	X	NO	
COINCIDEN OBJETIVOS PLANTEADOS CON LOS REALIZADOS	SI	X	NO	
RESPONDE PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	SI	X	NO	
RESULTADOS DE ACUERDO A ANÁLISIS PLANTEADO	SI	X	NO	
CONCLUSIONES RESPONDEN PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	SI	X	NO	
PRETENDE PUBLICAR SUS RESULTADOS	SI		NO	
VALIDACIÓN (Para ser llenada por el área de Posgrado)				
Si		Comentarios		
No		SE DESCONOCE SI PUBLICARA		


VoBo. SURPROTEM/DIRECCIÓN
DE INVESTIGACIÓN