

## ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DEL CONDUCTO PAROTIDEO

-Reporte de un caso-

*Dr. Ignacio Vicente Pacheco G.,\**

**E**ntre las emergencias más frecuentes de nuestro medio, figuran los traumatismos faciales producidos por proyectiles de armas de fuego, armas cortopunzantes y objetos romos, los cuales en muchas ocasiones producen complicaciones que incluso pueden provocar la muerte del paciente, tales como la hemorragia profusa o procesos obstructivos de las vías respiratorias, etc.

-----  
PREMIO CUM LAUDE (SOBRESALIENTE), otorgado por la Universidad de Barcelona-Escuela Profesional de Otorrinolaringología. Barcelona-España. 1981

Premio ACCESIT AL CONTENTA, otorgado por el Consejo Universitario -Universidad de Guayaquil 1977.

Profesor Principal de la Cátedra de Otorrinolaringología, de la Escuela de Medicina, Universidad de Guayaquil.

Otorrinolaringólogo del I.E.S.S., Hospital de Niños "León Becerra" y Centro Médico "Abel Gilbert" (Clínica Guayaquil).

El caso que vamos a mencionar, es de un paciente que recibió unas esquirlas de proyectiles en la región parotídea derecha, pero antes de detallarlo, es necesario recordar ciertos elementos anátomo-funcionales de la glándula parótida y diremos que es la de mayor volumen, de localización lateral con respecto a la línea media de la cara, situándose por delante, abajo y algo por detrás del pabellón auricular, teniendo además un lóbulo que se profundiza hacia la región faríngea.

Su contenido salival, es drenado hacia la cavidad oral por medio del conducto de Stensen, que emerge de la superficie inferior de la porción anterior de la glándula y aplicándose sobre el músculo masetero avanza adelante, a un centímetro por debajo del arco cigomático, para llegar a nivel del borde anterior del músculo masetero se introduce atravesando el panículo adiposo bucal y el músculo buccinador desembocando por su meato a nivel del segundo molar superior en la cavidad oral. Este conducto mide de 4 a 6 cm. de longitud y 0,5 cm. de diámetro.

La unidad salival funcional, consiste en el acino, un túbulo secretante y un conducto colector, existiendo en la glándula parótida un sistema canalicular especializado y ramificado que termina en un solo conducto colector elongado y de gran calibre (conducto de Stensen). Los acinos de la parótida están contenidos por células serosas exclusivamente a diferencia de las otras glándulas salivales que contienen células mucíparas o de ambos tipos celulares.

Dentro de la función que tiene la saliva, brevemente mencionaremos las siguientes:

**Digestiva.**- facilita el pasaje de los alimentos por la cavidad oral debida a su acción humectante y lubricante.

**Protectora.**- La saliva, limpia la cavidad oral mediante dilución e irrigación de los alimentos retenidos, enfría los alimentos calientes y neutraliza o regula el pH de los agentes químicos.

**Anticariógena.**- La saliva, es esencial para la maduración y resistencia de los dientes a la caries.

**Reguladora de la sed.**- Al perderse líquidos corporales por hemorragia, evaporación, sudoración profusa, etc. el organismo presentará sen-

sación de sed con deseo de reponer líquidos mediante ingestión de agua.

**Excretoria.-** En la saliva, aparecen sustancias como mercurio, plomo, azufre, cuando se ingieren.

**Endócrina.-** Existe una extensa bibliografía, que describe a la parotina, como una hormona que se elaboraría en la glándula parótida y afecta al metabolismo de las proteínas, carbohidratos y calcio. En general, no se reconoce que existan hormonas salivales ni deficiencias tras la extirpación de glándulas salivales.

Una vez descrito un breve resumen de la anatomo-fisiología de la glándula parótida, procederemos a continuación a describir el siguiente caso, que por ser al parecer LA PRIMERA VEZ que se realiza en nuestro país, vale la pena ser enunciado dada la importancia del mismo.

Se trata de un paciente de raza mestiza, de 33 años de edad, agente del orden que, al enfrentar un tiroteo contra una banda juvenil, fue alcanzado en la región parotídea derecha por esquirlas de proyectil (flechas en cicatrices, figura No. 1)

Ingresa a la Clínica Guayaquil, al área de Emergencia el 24 de febrero de 1988, para inmediatamente enviarlo al quirófano.

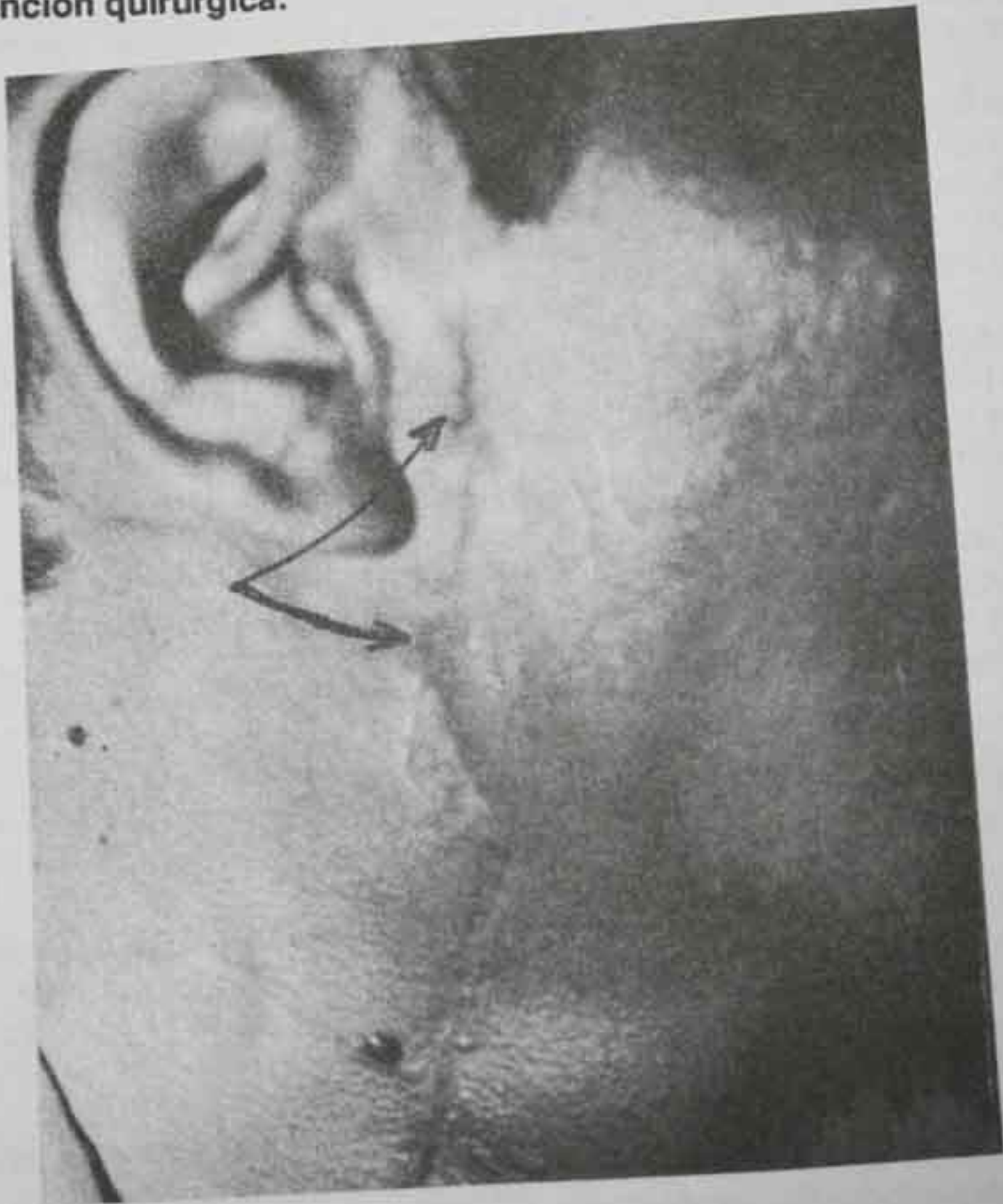
Se evalúa el caso y por el abundante sangrado que presentaba, se procedió a la ligadura de la arteria carótida externa derecha, con prolongación de la insición hasta la región parotídea del mismo lado para su siguiente exploración (figura 2-A).

Se encontró seccionado totalmente el conducto de Stensen de la glándula parótida derecha, procediéndose a cateterizar el extremo proximal de dicho conducto, por medio de una sonda de polietileno muy fina hasta su meato en la cavidad oral por un lado y por el otro extremo se localiza el orificio distal para unirlos con nylon 6-0 (figura No. 2-B).

Luego de lavar abundantemente el campo operatorio con suero, se suturan por planos la región dejando un dren de Penrose que drenó en la

Figura No. 1

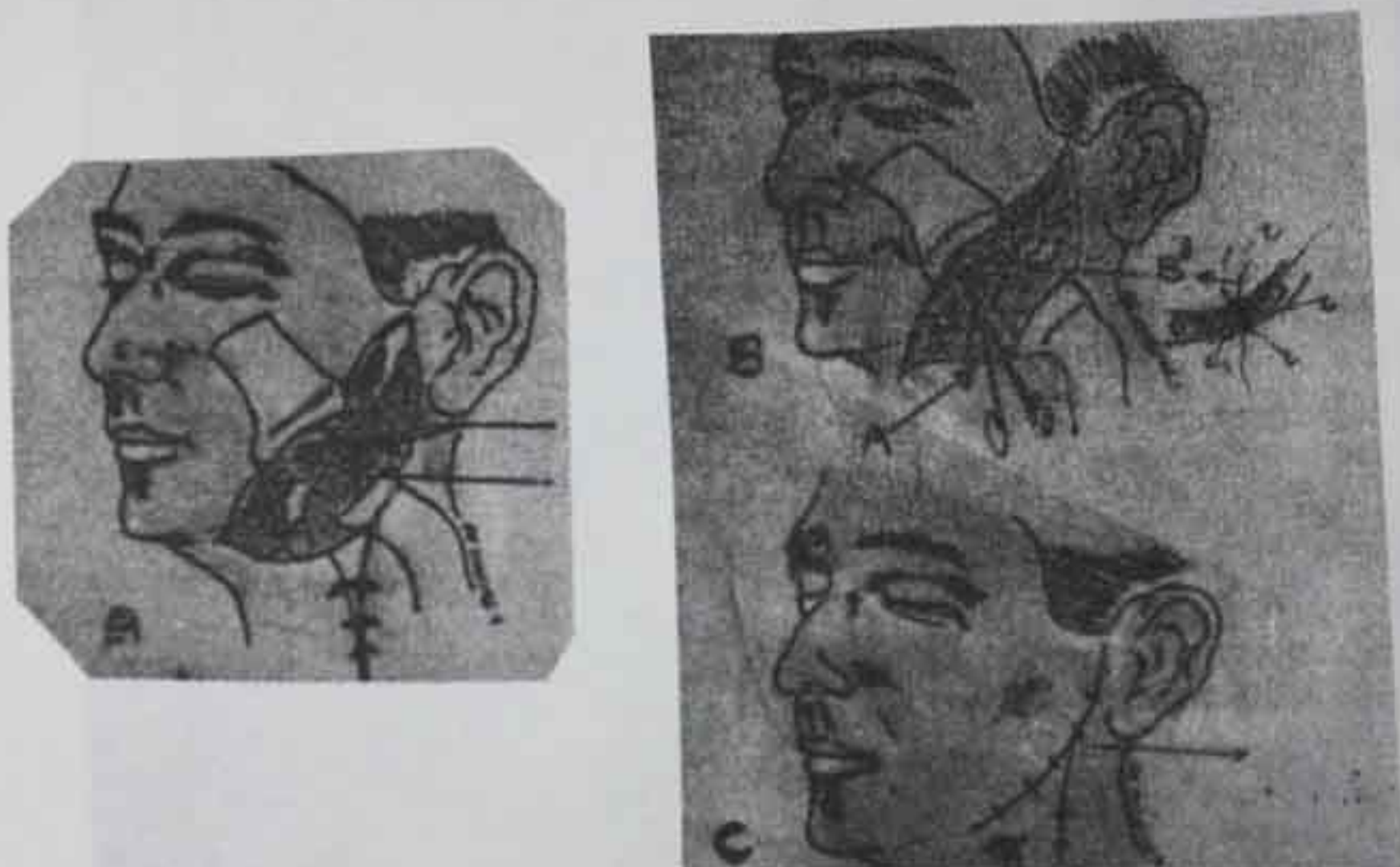
Cicatrices producidas por las esquirlas de proyectiles y por la intervención quirúrgica.



región cervical (figura No. 2-C), además de la sonda de polietileno aplicada en el lumen del conducto por espacio de 7 días.

**FIGURA No. 2**

- A: Insisión en región parotídea**
- B: Anastomosis del conducto parotídeo**
- C: Sutura y dren de Penrose.**

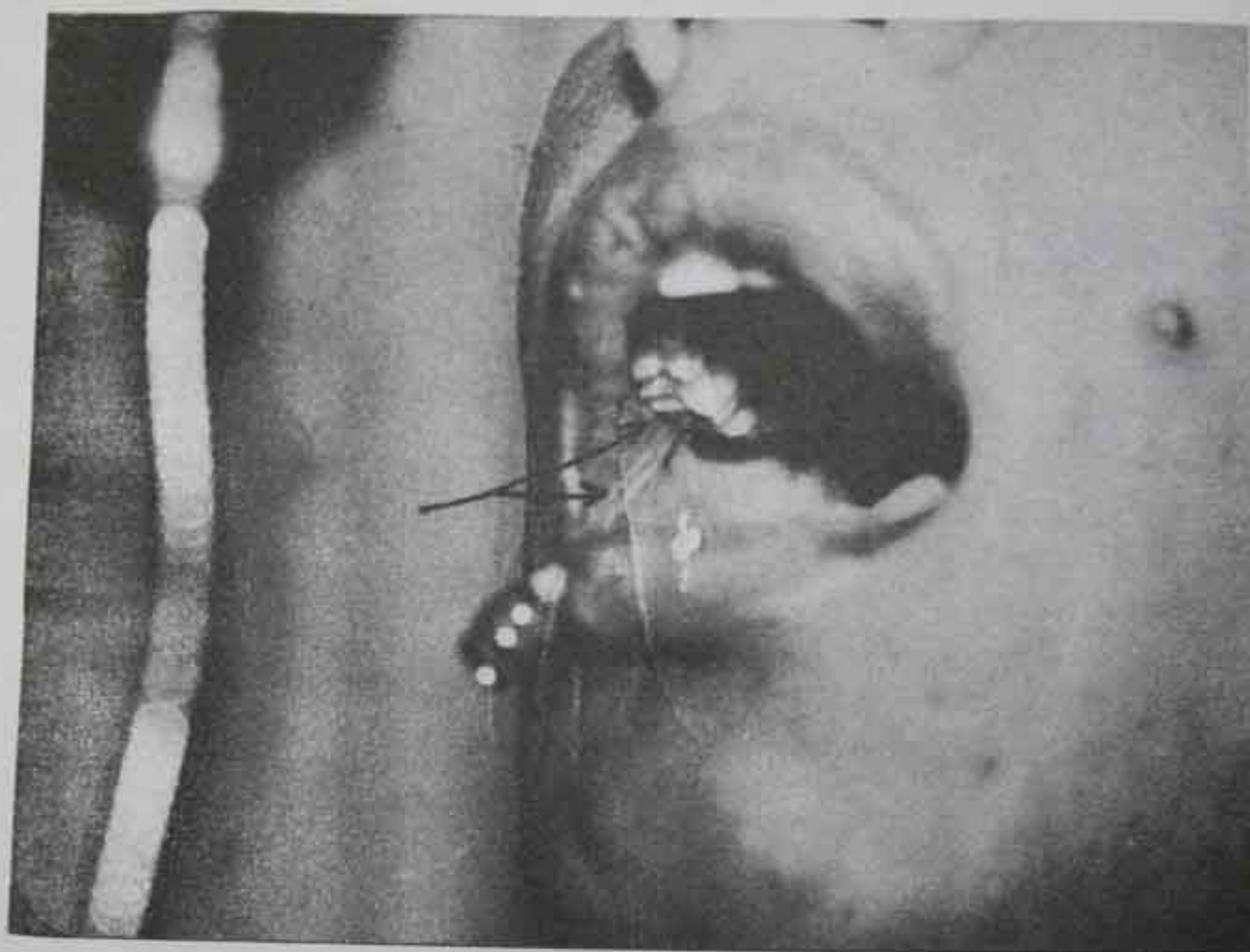


Una vez retirados el dren de Penrose y la sonda intraluminal del conducto de Stensen, se sigue observando al paciente hasta que es dado de alta el 9 de marzo de 1988.

Posteriormente, presentó una fistulización del proceso a nivel de piel muy discreto, que fue tratado con antibióticos cediendo ésta fácilmente en 15 días aproximadamente.

**FIGURA No. 3**

**Cateterización del conducto de Stensen, obsérvese el drenaje de salivas proveniente de la parótida intervenida.**



Se controla regularmente al paciente y después de 3 meses es cateterizado a nivel del meato del conducto de Stensen y previa estimulación de la cavidad oral con sustancias ácidas (limón) se obtiene un buen volumen de saliva de la región parotídea operada, lo que confirma la permeabilidad del conducto de Stensen, anastomosado. (Figuras 3 y 4).

**FIGURA No. 4**

**Recipiente para recoger la saliva, que es drenada fácilmente por la permeabilidad del conducto de Stensen operado.**



Hasta la edición del tema, el paciente no ha tenido ninguna complicación.

## RESUMEN

Este caso presentado, nos induce a pensar la importancia, tanto desde el punto de vista estético como funcional de la glándula parótida y su conservación mediante la anastomosis término-terminal del conducto de Stensen con un procedimiento quirúrgico, realmente sencillo ya descrito, ya que la parotidectomía como procedimiento quirúrgico comúnmente llevado a cabo en estos casos, ha traído como secuela asimetría facial, paresía facial, xerostomía, etc.

## RESUME

This issue published, is very important as Estetic's face, as the function of the parotid gland. Beside, non parotidectomy in this case, by anastomosis of the Stensen duct is a Quirurgical process really simple.

Parotidectomy is a classic procedure that present facial asymmetry, facial palsy, xerostomy.

## BIBLIOGRAFIA

- OTORRINOLARINGOLOGIA. Paparella-Shumrick 1982  
MANUAL OF OTOLARINGOLOGY. Strome, Marshall 1985  
TRATADO DE TECNICA OPERATORIA. Kirschner Vols IV y V. 1962  
THE OTOLARINGOLOGIC CLINICS OF NORTH AMERICA, June 1977

## AGRADECIMIENTO

Al Dr. Roberto Gilbert Febres Cordero, Director de la Clínica Guayaquil y Profesor Principal de la Cátedra de Cirugía. Universidad de Guayaquil.

Al Dr. Olmedo Arroba, Cirujano Oncólogo del Centro Médico "Abel Gilbert" (Clínica Guayaquil).

A la Arq. Rocío Arrata Echeverría y a la Lcda. Isabel Vitores, por el aporte de sus valiosos conocimientos para la publicación del presente caso.

el autor.