

# INCISÃO PERIAURICULAR PARA OPERAÇÕES DA GLÂNDULA PARÓTIDA

*Periauricular incision for surgical procedures on the parotid gland*

Andy **PETROIANU**

Trabalho realizado na Clínica de Cirurgia Geral, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG, Brasil.

**RESUMO – Racional** - As incisões mais comuns para parotidectomia consistem em abertura pré ou periauricular prolongadas para a região submandibular ou cervical. Elas podem acompanhar-se de cicatrizes imperfeitas, provocando deformidades cutâneas locais. **Objetivo** - Avaliar o tratamento de afecções cirúrgicas parotídeas através de incisão periauricular apenas. **Método** - Foram estudados 39 pacientes consecutivos com moléstias da parótida. Adenoma pleomórfico (20 casos) foi a afecção mais encontrada, seguida por outros tumores benignos (9 casos), carcinomas (5 casos), cisto parotídeo (3 casos) e parotidite crônica (2 casos). Todas as parotidectomias foram realizadas através de incisão periauricular. Em presença de carcinoma, a linfadenectomia cervical foi conduzida por meio de incisão cervical transversa supra-hióidea homolateral. **Resultado** - A remoção da afecção parotídea foi possível em todos os casos sem incisão cutânea complementar. Todas as cicatrizes tiveram bom resultado estético e, após seis meses, elas estavam quase imperceptíveis. Os pacientes revelaram satisfação com o resultado da operação. Fraqueza facial temporária ocorreu em 28 operações. Desconforto auricular transitório foi registrado em 22 pacientes. Todos tiveram hipoestesia da região operada, que perdurou por até seis meses. As complicações encontradas neste trabalho estão descritas na literatura como esperadas em parotidectomia, independentemente do tipo de incisão. **Conclusão** - A incisão periauricular é opção boa e estética para abordagem cirúrgica da glândula parótida.

**DESCRITORES** - Neoplasias parotídeas. Período pós-operatório. Complicações.

**Correspondência:**  
Andy Petroianu,  
e-mail: petroian@gmail.com

Fonte de financiamento: não há  
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 30/07/2010  
Aceito para publicação: 26/10/2010

**HEADINGS** - Parotid neoplasms.  
Postoperative period. Complications.

**ABSTRACT - Background** - The most common incisions for parotidectomy consist of opening or pre periauricular extended to the submandibular or cervical region. They can accompany themselves ragged scars, causing local skin deformities. **Aim** - The purpose of this study was to evaluate the treatment of parotid surgical diseases using periauricular incision. **Method** - Thirty nine patients with parotid tumors were reviewed. Pleomorphic adenoma (20 cases) was the most common disease followed by other benign tumors (9 cases), carcinoma (5 cases), parotid cyst (3 cases) and chronic parotiditis (2 cases). All parotidectomies were performed through a periauricular incision. **Results** - The parotid tumors were removed in all cases without complementary skin approach. The incisions had good aesthetic result and almost imperceptible scars were verified after six months. The patients were very satisfied with the appearance of the operative scar. All patients complained hypostesia of the operative area during a period not longer than six months. Temporary postoperative facial weakness occurred after 28 operations and was permanent in three of patients operated on for carcinoma. Transitory ear discomfort occurred in 22 patients. Two cases of local infection were recorded. All of these complications have been described previously by other authors using other incisions and are mostly due to removal of the gland. **Conclusion** - Periauricular incision is a good and highly aesthetic option for surgical approach of the parotid.

## INTRODUÇÃO

Parotidectomia é um procedimento cirúrgico indicado para tratamento de tumores benignos ou malignos e para certas condições inflamatórias e autoimunes da parótida<sup>12,13</sup>. Os tumores parotídeos são, na maioria, benignos, mas a sua evolução e tratamento requerem conhecimento da anatomia locorregional e dos aspectos patológicos de cada afecção<sup>3,5,9,12</sup>. O tratamento tem por objetivo a completa retirada do tecido parotídeo doente, com a preservação do nervo facial e de todos os seus ramos. A manipulação delicada e a conservação do nervo auricular magno

fazem parte da boa técnica operatória<sup>2,5,11,13</sup>.

As incisões mais comuns para parotidectomia são as de Blair e de Blair modificada, que consistem de abertura pré ou periauricular prolongadas para a região submandibular ou cervical<sup>2,4,5,11,12,13</sup>. Essas incisões combinadas podem acompanhar-se de cicatrizes imperfeitas, provocando deformidades cutâneas locais<sup>2,12,13</sup>.

O objetivo do presente trabalho foi estudar os resultados do tratamento cirúrgico de afecções parotídeas, utilizando apenas a incisão periauricular, que é mais estética, por não provocar cicatriz cervical ou submandibular.

## MÉTODO

Todos os 39 pacientes consecutivos com doenças parotídeas de tratamento cirúrgico operados pelo autor foram estudados prospectivamente para avaliar os resultados da incisão periauricular em parotidectomias. Essa foi a única incisão utilizada em todos os casos.

As indicações para parotidectomia foram adenoma pleomórfico (20 casos), outros tumores benignos (9 casos), carcinoma (5 casos), cisto parotídeo (3 casos) e parotidite crônica (3 casos). A localização das doenças foi à direita em 16 pacientes e à esquerda nos outros 23 pacientes, sendo que os 5 carcinomas encontrados incidiram do lado esquerdo. Foram 16 homens e 23 mulheres, com a idade variando entre 15 e 77 (média de 48) anos. De acordo com a cor da pele, 18 eram leucodérmicos, 17 feodérmicos e 4 melanodérmicos (Essa proporção não é diferente da encontrada na distribuição por cor da pele na população brasileira).

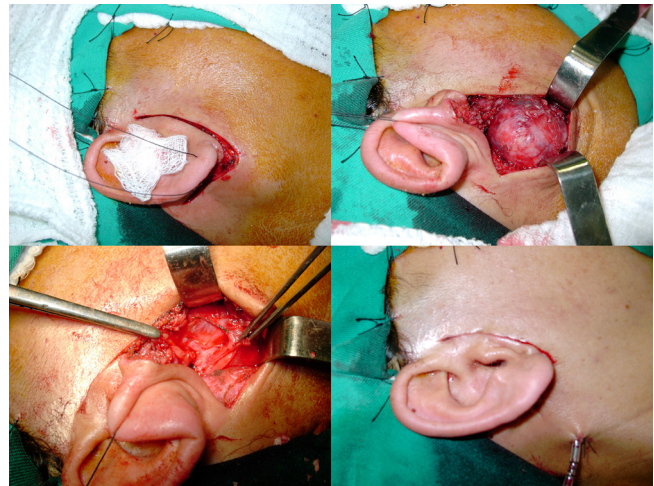
A incisão periauricular iniciou na região pré-auricular e continuou vertical na margem tragal, rodeou o lobo auricular até o espaço retroauricular, alcançando o processo mastóide do osso occipital (Figura 1A). A pele foi dissecada superior, anterior e inferiormente até a identificação dos limites da glândula parótida e de sua afecção, que foram colocadas completamente no campo operatório (Figura 1B). Utilizaram-se duas técnicas para liberar os retalhos de pele: nos casos de carcinoma, a pele foi dissecada acima da fáscia parotídea; e em todas as condições benignas, os retalhos cutâneos englobavam a fáscia parotídea, com o objetivo de reduzir a incidência da síndrome de Frey, também conhecida como síndrome da sudorese gustatória. Ela resulta de lesão das fibras parassimpáticas, que regeneram de maneira anárquica para inervar as glândulas sudoríparas da região da face próxima ao nervo. Estímulos que habitualmente provocam a excreção parotídea também causam sudorese facial<sup>2,5,12</sup>.

Em todos os casos de carcinoma, uma segunda incisão transversa foi conduzida no pescoço ao nível do osso hióide, do mesmo lado do tumor. A parotidectomia total foi complementada pela linfadenectomia supra-

hióidea, realizada através da incisão cervical.

Após a parotidectomia e cuidadosa hemostasia, a ferida foi fechada em um ou dois planos. Em todos os doentes, o tecido subcutâneo foi suturado com pontos separados invertentes ou sutura contínua, utilizando fio de catagute simples 4-0. Na maioria dos casos, as bordas da pele foram adequadamente aproximadas somente por essa sutura, sem manobra adicional (Figura 1C)<sup>6,7</sup>. Entretanto, quando a pele não ficava perfeitamente unida, acrescentava-se sutura intradérmica contínua com fio de náilon 4-0. Após a parotidectomia total e a retirada de tumores maiores, colocava-se um dreno tubular de aspiração contínua, que era retirado até o terceiro dia pós-operatório, quando os pacientes recebiam alta hospitalar (Figura 1D). Nas afecções menores e nas parotidectomias parciais não foram utilizados drenos.

Todos os pacientes foram seguidos prospectivamente, durante o período que variou entre seis meses e anos. Avaliaram-se os resultados estéticos e as complicações desse procedimento.



**FIGURA 1** - Parotidectomia parcial através de incisão periauricular. A - Incisão periauricular. B - Dissecção de um adenoma pleomórfico da parte inferior parotídea; observar a pele que foi tracionada superiormente, anteriormente e inferiormente, expondo toda a glândula. C - Vista final do campo operatório após a remoção tumoral; observar o tronco do nervo facial e seus ramos principais dissecado. D - Síntese da ferida cirúrgica sem sutura da pele; observar que as bordas cutâneas foram aproximadas apenas pela sutura do tecido subcutâneo; um dreno tubular de aspiração contínua foi colocado na parte inferior da incisão.

## RESULTADOS

Todos os tumores parotídeos foram retirados sem incisão complementar. Nos casos em que foi indicada linfadenectomia, a incisão cervical foi suficiente para ressecção radical do câncer.

Os pacientes tiveram boa evolução pós-

operatória geral. As incisões foram esteticamente muito satisfatórias e as cicatrizes tornaram-se quase imperceptíveis após seis meses.

Todos os pacientes revelaram hipoestesia da área operada, durante um período não superior a seis meses. Perda temporária da sensibilidade do lobo da orelha, sem outras repercussões, foi relatada por 22 pacientes, durante os primeiros dois meses pós-operatórios, provavelmente devido à incisão periauricular e à manipulação do nervo auricular magno. Limitação parcial e transitória da abertura da boca foi observada em 26 pacientes, tendo sido atribuída à inflamação local que atingiu a articulação temporomandibular. Esse sintoma desapareceu completamente no decorrer do primeiro mês pós-operatório.

Lassidão temporária da parte inferior da face ocorreu em 28 doentes, dos quais, em três casos de parotidectomia total por câncer, ela foi definitiva. Houve dois doentes com infecção local, resolvida com antibioticoterapia. Síndrome de Frey transitória ocorreu em quatro casos de parotidectomia. Todas essas complicações melhoraram e os resultados finais foram muito satisfatórios. Não foram encontradas outras complicações.

## DISCUSSÃO

A abordagem cirúrgica dos tumores de parótida teve considerável evolução nos últimos anos. As parotidectomias são frequentemente indicadas para tumores benignos, sendo o adenoma pleomórfico a neoplasia mais encontrada nessa glândula<sup>2,3,4,5,9,11,12</sup>.

É importante ressaltar a maior incidência de todas as doenças parotídeas e em especial todos os carcinomas na parótida esquerda. Na literatura, não há registro de fator algum que possa favorecer a incidência maior de afecção parotídea em uma das glândulas. Assim sendo, considera-se ser esse achado digno de investigação maior.

A incisão periauricular é procedimento estabelecido e muito utilizado em cirurgia plástica para estética facial, porém ainda não encontra-se essa abordagem para parotidectomias<sup>1,8,10</sup>. De acordo com este trabalho prospectivo, a incisão periauricular oferece campo operatório com exposição adequada, mesmo para realizarem-se parotidectomias totais e para tratar tumores maiores, com bons resultados estéticos e sem risco adicional de complicações.

A maioria dos pacientes com complicações pós-operatórias necessitam apenas de explicação sobre o efeito adverso ocorrido e orientação direcionada aos cuidados a serem seguidos. Cabe informá-los que, geralmente, a complicação melhora e até desaparece por completo em algumas semanas<sup>2,4,5,11,12,13</sup>. De acordo com dados da literatura, os problemas que ocorreram nesta casuística são comuns após parotidectomia e não necessitam de cuidados especiais. Eles são transitório

e autolimitados, com restabelecimento funcional e estético da face em poucos meses<sup>1,2,4,5,8,10,11,13</sup>.

Todos os efeitos adversos ocorridos nas parotidectomias através de incisão periauricular também foram descritos, em proporção semelhante, nas incisões de Blair e de Blair modificada. A maior parte dessas complicações decorreu da parotidectomia e não do tipo de incisão<sup>1,8,10</sup>.

## CONCLUSÕES

A incisão periauricular é uma boa opção para abordagem da parótida no tratamento de doenças benignas e malignas.

## AGRADECIMENTOS

O autor agradece ao Dr. José Roberto Monteiro Constantino por seu auxílio no levantamento dos resultados anatomopatológicos.

## REFERÊNCIAS

- Knize DM. Periauricular face lift incisions and the auricular anchor. *Plast Reconstr Surg*. 1999; 104:1508-20.
- Leverstein H, VanderWal JE, Tiwari RM, Snow GB. Surgical management of 246 previously untreated pleomorphic adenomas of the parotid gland. *Br J Surg* 1997; 84: 399-403.
- Martis C. Parotid benign tumors. *Int J Oral Surg* 1983; 12: 211-20.
- Maynard JD. Management of pleomorphic adenoma of the parotid. *Br J Surg* 1988; 75: 305-8.
- O'Brien CJ. Current management of benign parotid tumours. *Head Neck* 2003; 25: 946-52.
- Petroianu A. Síntese de ferida cirúrgica sem sutura da pele. *Presse Méd (Brasil)* 1983; 2:86-9.
- Petroianu A. Synthesis of surgical wounds without skin suture. *Plast Reconstr Surg* 1988; 82: 919-20.
- Ramirez OM, Heller L. The anchor tragal flap. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116: 1115-21.
- Rapoport A, Fava AS, Kovalski LP, Carvalho MB, Kanda JL, Andrade-Sobrinho J. Tumor misto benigno da glândula parótida. *Rev Col Bras Cir* 1985; 12: 47-52.
- Terris DJ, Tuffo KM, Fee WE Jr. Modified facelift incision for parotidectomy. *J Laryngol Otol*. 1994; 108: 574-8.
- Touquet R, Mackenzie IJ, Carruth JAS. Management of the parotid pleomorphic adenoma. *Br J Oral Max* 1991; 28: 404-8.
- Woods JE, Chong GC, Beahrs OH. Experience with 1,360 primary parotid tumors. *Am J Surg* 1975; 160: 460-2.
- Yu GY. Superficial parotidectomy through retrograde facial nerve dissection. *J R Coll Surg Edinb* 2001; 46: 104-7