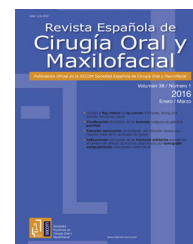




Revista Española de
**Cirugía Oral y
Maxilofacial**

www.elsevier.es/recom



Carta al director

Utilidad del parche cutáneo de hioscina en el tratamiento del sialocele persistente posparotidectomía: observación clínica

Utility of transdermal hyoscine in the treatment of persistent postparotidectomy sialocele: A case report

Sr. Director:

El sialocele es la segunda complicación en frecuencia de la cirugía de la glándula parótida después de las lesiones del nervio facial. Consiste en el acúmulo subcutáneo de saliva extravasada. Comúnmente es transitorio y el tratamiento con punciones evacuadoras repetidas suele solucionarlo, pero precisa técnicas más complejas cuando este fracasa. Un nuevo y sencillo procedimiento con parche cutáneo de hioscina puede ser útil para solucionar esta entidad. Exponemos la experiencia de un caso clínico.

Varón de 37 años, diagnosticado de adenoma pleomórfico de parótida izquierda por TAC con PAAF, es intervenido en junio de 2014. Se practica parotidectomía superficial y se coloca un drenaje Redón subcutáneo que se retira a las 48 h por improductivo. En el primer control a la semana de la operación, se evidencia una tumefacción del área operada por una colección a tensión cuya punción evacuadora muestra saliva. Dicha hinchazón reaparece y aumenta de volumen con la ingesta y, diariamente, se eliminan 30 ± 5 ml de saliva con este procedimiento durante los siguientes 20 días. Ante la persistencia del cuadro, se inicia tratamiento con un parche cutáneo de hioscina de 1,5 mg (Scopoderm® TTS Patches) que se aplica en la región mastoidea izquierda. Los siguientes 2 días se aspiran 6 y 4 ml, respectivamente. El parche, que es renovado cada 3 días, se mantiene un total de 9 días. No se objetiva recidiva del sialocele durante los 6 meses de seguimiento.

El sialocele es una complicación reconocida de la cirugía de la glándula parótida. Tiene una incidencia que varía entre el 11 y el 44%¹. Aparece con más frecuencia en las parotidectomías menos extensas que en las resecciones glandulares más completas o totales^{2,3}. Un factor significativo en su desarrollo es la aplicación de apósitos hemostáticos tipo Surgicel®⁴ sobre la superficie parenquimatosa residual.

Existen varias terapias para su curación que se utilizan solas o combinadas (tabla 1). La mayoría se resuelven con tratamiento conservador o con aspiraciones repetidas por punción percutánea². Sin embargo, este método puede fracasar a veces y entonces su manejo es tedioso. En este contexto, la experiencia terapéutica es reducida porque la mayoría de publicaciones tienen una casuística limitada y las opciones quirúrgicas propuestas, como la cateterización del conducto de Stenon para derivar la saliva a la cavidad oral o su ligadura, no son simples y no están exentas de morbilidad. El tratamiento definitivo es completar la parotidectomía, pero tiene un riesgo elevado de parálisis facial. Recientemente, la inyección local de toxina botulínica tipo A o B como único tratamiento o unida a punciones evacuadoras ha mostrado su utilidad⁵, aunque se han descrito algunos efectos secundarios leves y poco frecuentes como paresias del pliegue nasolabial y del músculo orbicular o hipoestesia en la mejilla.

La escopolamina, conocida también como hioscina, es un derivado natural del alcaloide de la belladona. Tiene propiedades anticolinérgicas que reducen eficazmente la secreción de saliva, al ser un antagonista de la acetilcolina y de otros agentes parasimpaticomiméticos. La salivación está regulada principalmente por las señales nerviosas parasimpáticas, procedentes de los núcleos salivares superior e inferior del tronco encefálico a través de los nervios facial y glossofaríngeo, y el flujo sanguíneo glandular. La vasodilatación arterial del estímulo parasimpático se potencia por la secreción de secretina desde las propias células salivales y por la bradiquinina, sustancia poderosamente vasodilatadora, originada en el plasma por la secretina. Por tanto, la interrupción del estímulo parasimpático es una maniobra clave en el tratamiento del sialocele, al disminuir la producción de saliva.

En la actualidad, la escopolamina, administrada mediante parche cutáneo, es popularmente conocida para prevenir los

Tabla 1 – Clasificación de los métodos terapéuticos del sialocele

1. Conducta expectante hasta su desaparición
2. Técnicas conservadoras
Vendaje compresivo
Punción evacuadora repetida
3. Derivación de la secreción parotídea a la boca
Cateterización del conducto de Stenon
Drenaje intraoral con catéter «pig-tail»
4. Tratamiento local
Instilación de suero hipertónico/esclerosantes osmóticos
Esclerosis con cola acrílica quirúrgica más OK-432 y bleomicina
5. Disminución de la secreción parotídea
Medidas generales
Dieta famis o exenta de alimentos sabrosos, amargos o irritantes
Evitar la presencia de objetos lisos en la boca
Fármacos anticolinérgicos
Escopolamina (hioscina)
Inyección de toxina botulínica A y B
Radioterapia
Cirugía
Sección de los nervios Jacobson/auriculotemporal
Ligadura del conducto de Stenon
Completar parotidectomía total

síntomas de vértigo que algunas personas sufren en los viajes en barco, coche o tren. Sin embargo, comienzan a vislumbrarse nuevos usos, derivados de su enérgica propiedad inhibidora de la segregación salival. Este método ha demostrado ser muy eficaz para reducir el babeo en el accidente vascular cerebral⁶ y en otras enfermedades neurológicas y psiquiátricas⁷. Por dicho motivo, se ha utilizado con resultado exitoso en varios casos de fístula salival (3 pacientes posparotidectomía⁸ y uno tras traumatismo facial⁹) y en un paciente con sialocele postritidectomía¹⁰.

La metodología del tratamiento del sialocele con hioscina consiste en aplicar un parche con 1,5 mg de este fármaco en el área mastoidea homolateral cada 3 días. Con esta pauta se consiguen concentraciones plasmáticas de hioscina de 0,17-0,33 nmol/l durante un rango terapéutico de 72 h. Esta vía evita los efectos colaterales de la administración oral o parenteral de anticolinérgicos como somnolencia, visión borrosa, retención urinaria, etc. Sus metabolitos se excretan en la orina, y menos del 10% del medicamento queda en forma inalterada.

La utilización de hioscina por vía transdérmica es una opción novedosa y simple que puede conseguir la resolución del sialocele posparotidectomía de una forma expeditiva y eficiente. Su administración contigua al término de la operación también podría tener utilidad para prevenirlo.

BIBLIOGRAFÍA

- Hernando M, Martín-Frangueiro L, Eisenberg G, Echarrí R, Gracia-Peces V, Urbasos M, et al. Tratamiento quirúrgico de los tumores de glándulas salivares. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2009;60:340-5.
- Witt RL. The incidence and management of sialocele after parotidectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;140:871-4.
- Tuckett J, Glynn R, Sheahan P. Impact of extent of parotid resection on postoperative wound complications: A prospective study. *Head Neck.* 2015;37:64-8.
- Herbert HA, Morton RP. Sialocele after parotid surgery: Assessing the risk factors. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;147:489-92.
- Vargas H, Galati LT, Parnes SM. A pilot study evaluating the treatment of posparotidectomy sialoceles with botulinum toxin type A. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000;126:412-4.
- Ronning OM, Stavem K. Transdermal scopolamina to reduce salivation and possibly aspiration after stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2008;17:328-9.
- Mato A, Limers J, Tomás I, Fernández J, Diz P. Control of drooling using transdermal scopolamine skin patches. A case report. *Med Oral Patol Cir Bucal.* 2008;13:27-30.
- Gallo A, Mancio V, Pagliuca G, Martellucci S, de Vicentis M. Transdermal scopolamina in the management of posparotidectomy salivary fistula. *Ear Nose Throat J.* 2013;92:516-9.
- Pagliuca G, Martellucci S, Rosato Ch, Gallipoli C, Gallo A. Posttraumatic parotid fistula treated with transdermal scopolamine: A case report. *Case Rep Surg.* 2012;2012:713148.
- Lapid O, Kreiger Y, Sagi A. Transdermal scopolamine use for post-rhytidectomy sialocele. *Aesthetic Plast Surg.* 2004;28:24-8.

Francisco Martínez Rodenas^{a,*}, Jordi Roura Moreno^b, Gemma Torres Soberano^a y Anabella Vizitiu^b

^a Cirugía General, Hospital Municipal de Badalona, Badalona, España

^b Otorrinolaringología, Hospital Municipal de Badalona, Badalona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fmartinez@bsa.cat (F. Martínez Rodenas).

1130-0558/© 2015 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2015.03.005>