

Reporte de caso

Glándula parótida accesoria como una variación anatómica. Reporte de caso.

Accessory parotid gland as an anatomical variation. Case report

Guillermo RIVERA¹

1. Magister en Ciencias Biomédicas. Profesor Instructor de Anatomía del Departamento de Ciencias Básicas de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana (Cali, Colombia). Profesor Ocasional de Anatomía del Departamento de Morfología Universidad del Cauca (Popayán, Colombia). Grupo de Investigación en Ciencias Básicas y Clínicas de la Salud, Pontificia Universidad Javeriana (Cali, Colombia).

RESUMEN

La glándula parótida accesoria es una variación anatómica poco frecuente en población humana (20%). Se reporta un caso sobre glándula parótida accesoria durante una práctica de disección. Los tumores de glándula parótida accesoria tienen relevancia clínica por la relación existente entre esta estructura y el nervio bucal, el cual en casos de tumoración representa una vía aferente de diseminación tumoral perineural. La información aquí descrita puede ser de utilidad para los anatomistas, odontólogos y médicos al momento de valorar las estructuras faciales y las masas localizadas en la región bucal.

Palabras clave: Glándula parótida, saliva, conducto parotídeo.

SUMMARY

The accessory parotid gland is a rare anatomical variation in human population (20%). This article presents a case report about the accessory parotid gland found during a dissection practice. Accessory parotid gland tumors have clinical importance for

the relation with buccal nerve; also in tumor cases can be an afferent of perineural tumoral spread. This information may be important to anatomist, dentist and doctors interested in studying and exploring facial structures and tumor in oral region.

Key words: Parotid gland, saliva, ducts parotid.

INTRODUCCIÓN

La glándula parótida (*para* = al lado de; *otos* = oído) es considerada la glándula salival mayor más grande de las descritas junto con la submandibular y sublingual (1,2).

Dicha glándula se localiza en una celda de tejido conectivo en la región parótido-masetérica de la cara en relación con el ramo mandibular, anterior a los procesos mastoideo y estiloideo del hueso temporal y lateral a la faringe; inferiormente se relaciona con la transición cervico-cráneo-facial (3-6). La parótida se observa con un color rosado, un peso que oscila entre 25 y 30 gramos y el conocimiento de sus relaciones anatómicas es de gran interés en intervenciones quirúrgicas como los casos de parotidectomía en los cuales hay alto riesgo de lesión del nervio facial y sus ramos extra petrosos asociada a parálisis facial periférica “De Bell” (7).

La celda parotídea es una cavidad que contiene a la glándula parótida, la cual presenta una pared posterior medial comprendida

entre los procesos mastoideo y estiloideo; una pared anterior medial delimitada entre el proceso estiloideo y el borde posterior del ramo mandibular; una pared lateral tapizada por la fascia parotídea y cubierta externamente por piel (8).

Histológicamente está constituida por acinos de naturaleza serosa y su función es secretar saliva ante estímulos sialogogos; es decir, estímulos que inducen aumento de salivación como masticar chicle, degustar cítricos, etc (9-12). La secreción salival de la parótida es excretada por el conducto parotídeo “De Stenon o De Stensen”, que mide entre 15 y 44 milímetros de longitud con un diámetro aproximado de 3 milímetros, el cual cruza lateralmente al músculo masetero para luego acodarse medialmente en ángulo casi recto y perforar al músculo buccinador y finalmente desembocar en el vestíbulo oral superior a la altura del segundo molar (13-14) (Figura 1).

Anatómicamente la glándula parótida describe prolongaciones que se extienden más allá de los límites de la celda parotídea en sentido superior, inferior, anterior, lateral y medial que pueden llegar a aislarse de la glándula principal y constituir una glándula parótida accesoria. Según lo expuesto por Latarjet y Ruiz Liard se consideran los siguientes tipos de prolongaciones anatómicas de la glándula parótida (13).

- Prolongación facial lateral. Es la prolongación más común y voluminosa;

Recibido para publicación: Enero 09 de 2014

Aceptado para publicación: Junio 13 de 2014

Correspondencia:

G. Rivera, Pontificia Universidad Javeriana Cali.
@javerianacali.edu.co

se sitúa lateralmente al ramo de la mandíbula. Se puede encontrar aislada de la glándula principal y observarse aplicada a la cara lateral del músculo masetero para seguir al conducto de Stenon casi hasta el punto donde este perfora al músculo buccinador.

- Prolongación facial medial. Se relaciona medialmente con el ramo de la mandíbula proyectándose hacia el ojal retro-condíleo “De Juvara” que corresponde al espacio delimitado entre el borde posterior del ramo mandibular, el ligamento esfenomandibular y la llingua mandibular “Espina de Spix”.
- Prolongación cervical lateral. En relación con la cara lateral del músculo esternocleidomastoideo y localizada por fuera de la vaina que le forma a este la fascia cervical.
- Prolongación cervical medial. Localizada en la pared posterior medial de la celda parotídea a nivel de los espacios intermusculares formados por los músculos esternocleidomastoideo, vientre posterior del digástrico, estilohioideo y estiloso.
- Prolongación profunda. Se proyecta desde la pared anterior medial de la celda parotídea a través del foramen pre-estíleo, hacia la fosa infratemporal donde puede incluso entrar en contacto con la orofaringe.
- Prolongación superior. Sobrepasa los límites de la base de la celda parotídea siguiendo el curso de los vasos temporales superficiales en la fosa temporal.
- Prolongación inferior. Está asociada al extremo inferior de la glándula.

La glándula parótida accesoria es inconsistente, por lo cual se considera una variación anatómica presente en el 20% de la población. Se observa como una glándula de dimensiones reducidas con respecto a la glándula parótida principal y usualmente se localiza adyacente al trayecto del conducto parotídeo como una prolongación facial lateral aislada. Su conducto aberrante drena al conducto de Stenon (14-17) (Figura 2).

REPORTE DE CASO

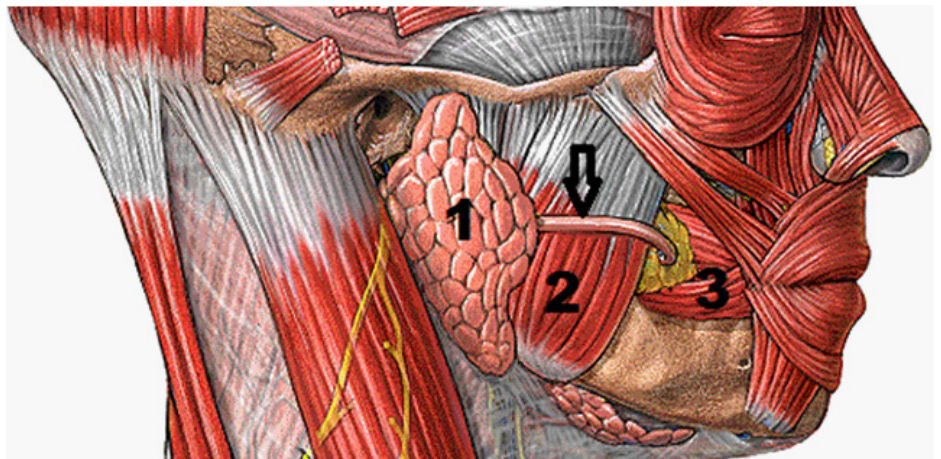


Figura 1. Norma lateral de la hemicara derecha donde se observa la glándula parótida (1), el músculo masetero (2), el músculo buccinador (3) y el conducto parotídeo “De Stenon o De Stensen”. Modificado de Ahart *et al.* A.D.A.M. Software Inc. Interactive Anatomy 3.0.

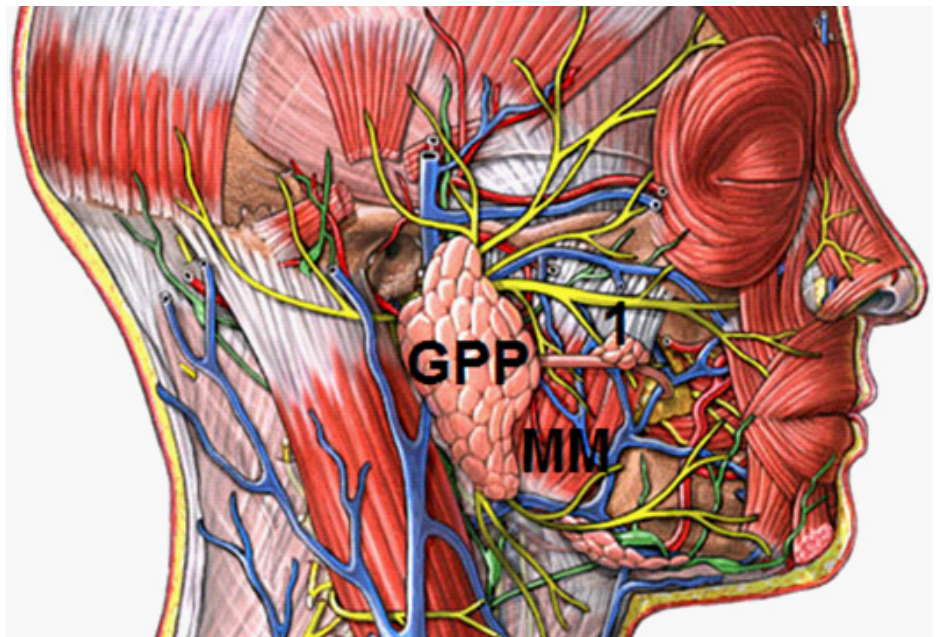


Figura 2. Norma lateral de la hemicara derecha donde se aprecia la glándula parótida principal (GPP) y la glándula parótida accesoria (1) rodeando la parte superior del conducto parotídeo a nivel del tercio anterior del músculo masetero (MM). Modificado de Ahart *et al.* A.D.A.M. Software Inc. Interactive Anatomy 3.0.

La variación anatómica reportada en el presente artículo fue observada durante un procedimiento de disección de las estructuras superficiales de la cara en el anfiteatro del Departamento de Morfología de la Universidad del Cauca en una persona de sexo masculino, con una edad que osciló

entre 30 y 40 años. Después de diseccionar y desbridar el tejido de la hemicara derecha se procedió a limpiar el conducto parotídeo “De Stenon” de medial a lateral, a partir de su ubicación a nivel de la hendidura comprendida entre los músculos masetero y buccinador; inmediatamente se expone la

angulación del conducto parotídeo desde el borde anterior del masetero hacia la cara externa del músculo buccinador se observa por encima del conducto una pequeña masa de tejido que inicialmente se confundió con el cuerpo adiposo de la boca “Bolsa adiposa de Bichat”; sin embargo al continuar la disección hacia la región parótido-masetérica de la cara se descubre que la masa inicialmente encontrada no corresponde a tejido conectivo sino a tejido epitelial glandular organizado en pequeños lóbulos íntimamente relacionados con la parte superior del conducto parotídeo determinando así la presencia de una glándula parótida accesoria o lóbulo parotídeo accesorio (Figura 3). Finalizada la disección de las estructuras superficiales de la cara se identificó la glándula parótida principal en su celda con dimensiones y características anatómicas normales. El conducto parotídeo midió 39,65 milímetros desde su emergencia en la glándula hasta su punto de perforación en el músculo buccinador, un diámetro de 3,14 milímetros y la glándula parótida accesoria se localizó a 12,59 milímetros a partir del extremo proximal del conducto.



Figura 3. Disección de hemicara derecha donde se observa con alfileres azules la glándula parótida principal; el alfiler verde señala la porción proximal del conducto parotídeo “De Stenon” y los alfileres rosados la glándula parótida accesoria localizada sobre la porción media del conducto parotídeo.

DISCUSIÓN

La localización anatómica más frecuente de la glándula parótida accesoria es con relación al conducto parotídeo y en el tercio medio de la cara externa del músculo masetero; sin embargo en este reporte de caso, la localización de la glándula accesoria fue en el tercio medial del músculo masetero y la porción distal del músculo buccinador, inmediatamente por delante del rafé pterigo mandibular, indicando que hay un patrón de diversidad en la relación anatómica de este tipo de variación (13).

La presencia de una glándula parótida accesoria es clínicamente relevante porque en casos de tumor localizado a este nivel puede confundirse con un tumor de origen no salival como el lipoma y fibrolipoma oral considerados entes benignos que representan el 1% de los tumores orales frente a los parotídeos que suelen ser malignos requiriendo incluso la parotidectomía como

alternativa quirúrgica. No tener en cuenta esta variación anatómica puede ocasionar un retraso en la elaboración de un diagnóstico clínico oportuno (18).

Los tumores de la glándula parótida accesoria tienen una relevancia clínica por la relación existente entre esta estructura y el nervio bucal originado de la división mandibular del nervio trigémino que a este nivel atraviesa al músculo buccinador para llegar a la mucosa del carrillo y proporcionar la inervación sensitiva somática general; en dichos casos de tumoración el nervio bucal puede llegar a representar una vía aferente de diseminación tumoral perineural (13).

En el caso descrito en el presente artículo no se pudo establecer la asociación con tumoración parotídea accesoria ya que no se disponía de información suficiente sobre antecedentes clínicos del occiso y no fue posible realizar estudio histopatológico por el avanzado tiempo de preservación del

cuerpo con formaldehído y otros químicos usados en la fijación y conservación de material cadavérico, sin embargo se observaron linfadenopatías significativas a nivel submandibular, mastoideo y cervical lo que pudo indicar un probable proceso neoplásico sin foco definido.

La extirpación quirúrgica de la glándula parótida accesoria requiere no solo de un estricto y cuidadoso abordaje quirúrgico por parte del cirujano, sino incluso de un monitoreo del ramo bucal del nervio facial que acompaña paralelamente en su recorrido al conducto de Stenon.

La monitorización del ramo bucal del nervio facial suele hacerse colocando un electrodo en relación con la comisura labial o labio inferior, de tal forma que cuando el cirujano este disecando la glándula parótida accesoria y el conducto de Stenon y las mandíbulas de las pinzas quirúrgicas se aproximen al ramo bucal del facial pro-

voquen la actividad muscular espontáneo, obligando así al cirujano a que cese la manipulación o cambie la dirección del abordaje quirúrgico (19).

Según el estudio reportado por Newberry T *et al*, sobre tumores de glándula parótida accesoria en 13 pacientes, el 54% de estas entidades fueron benignas (20), en contraste con otras investigaciones que reportan una malignidad del 30% (21,22). En nuestro País no hay evidencia de estudios que estimen la prevalencia e incidencia de estos casos y la descripción de este tipo de variaciones suele hacerse por estudios postmortem.

No se encontró información sobre las dimensiones normales de la glándula parótida accesoria facial lateral por tanto una de las limitaciones del presente reporte de caso es la comparación de las dimensiones de la variación anatómica aquí reportada; sin embargo la presencia de una glándula parótida accesoria muy voluminosa podría ejercer un efecto de compresión sobre el ramo bucal del nervio facial (neuropraxia del ramo bucal del VII par craneal). Se deberá tener en cuenta que el ramo bucal del facial es uno de los cinco ramos extra petrosos con componente motor branquiomérico para el subgrupo de músculos peribucales de la mímica facial como el buccinador y orbicular de la boca por tanto su compresión está asociada a la paresia del estos músculos, lo cual se hace evidente cuando se le pide al paciente que sople apreciándose una desviación labial al lado contrario de la lesión “signo de fumador de pipa” (23).

CONCLUSIONES

La glándula parótida accesoria es una variación anatómica poco frecuente que se presenta hasta en un 20% de la población sin que haya evidencia de estudios que asocien su presencia con el sexo, etnia u otras variables de persona.

Algunos autores de reconocidos y clásicos textos de estudio de la anatomía como La-

tarjet consideran que la glándula parótida accesoria es una extensión de la glándula parótida principal por fuera de los límites de la celda parotídea en direcciones anterior, lateral, superior, inferior o medial.

La presencia de una glándula parótida accesoria clínicamente es relevante porque en casos de tumores localizados a este nivel puede confundirse con un tumor de origen no salival, además de producir efectos compresivos sobre el ramo bucal del nervio facial y el ramo bucal del nervio mandibular ocasionando alteraciones motoras en la región facial bucal y compromiso en la sensibilidad de la mucosa del carrillo.

AGRADECIMIENTOS

Al Departamento de Morfología de la Universidad del Cauca por permitir el acceso al material anatómico con fines de estudio e investigación. Al Departamento de Ciencias Básicas de la Salud y al Grupo de Investigación en Ciencias Básicas y Clínicas de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana por apoyar y promover la investigación biomédica.

REFERENCIAS

1. Moore K, Dalley A. Anatomía con orientación clínica. Edición 5. Editorial Médica Panamericana. México, 2008.
2. Netter F, Norton N. Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos. Edición 2. Editorial Elsevier Masson. España, 2012.
3. Delmas A, Rouviere A. Anatomía humana. Tomo 1 de cabeza y cuello. Edición 11. Editorial Elsevier Masson. España, 2006.
4. Pro E. Anatomía clínica. Editorial Médica Panamericana. Argentina, 2010.
5. Muñoz C. Guía de estudio de anatomía de cara. Departamento de Morfología de la Universidad del Cauca. Colombia, 2008.
6. Dauber W. Feneis. Nomenclatura Anatómica Ilustrada. Edición 5. Editorial Elsevier Masson. España, 2007.
7. Rivera-Cardona G. Nervio facial, aspectos esenciales desde las ciencias biomédicas. Rev. Estomat. 2012; 20(2):36-44

8. Rouviere H, Delmas A. Anatomía humana descriptiva, topográfica y funcional. Tomo1. Cabeza y cuello. Edición 11. Editorial Elsevier Masson España, 2006.
9. Kierszenbaum A. Histología y biología celular. Introducción a la anatomía patológica. Edición 2. Editorial Elsevier Mosby. España, 2008.
10. Ross M, Pawlina W. Histología. Texto y atlas color con biología celular y molecular. Edición 5. Editorial Médica Panamericana. Argentina, 2007.
11. McConnell T., Hull K. El cuerpo humano, forma y función. Fundamentos de anatomía y fisiología. Editorial Lippincott. Estados Unidos, 2012.
12. Sherwood L. Human physiology, from cells to systems. Edition 8th. Cengage Learning. Canadá, 2013.
- 13) Latarjet M, Ruiz-Liard A. Anatomía Humana Tomo 2. Edición 4. Editorial Médica Panamericana. Argentina, 2007.
14. Ryan S, McNicholas M, Eustace S. Radiología Anatómica. Editorial Marbán. España, 2013.
15. Cañellas R, Ramos J. Actualizaciones SERAM. Radiología de cabeza y cuello. Editorial Médica Panamericana. España, 2010.
16. Ozawa J. Protoplasma total. Edición 5. Dirección general de publicaciones Universidad Autónoma de México. México, 1995.
17. Santana H, Velayos JL. Anatomía de la cabeza para odontólogos. Edición 4. Editorial Médica Panamericana. España, 2007.
18. Del Cura JL, Pedraza S, Gayete A. Radiología esencial. Tomo II. Editorial Médica Panamericana. España, 2010.
19. Ingelmo I, Trapero J, Puig A, De Blas G, Regidor I, León JM. Monitorización intraoperatoria del nervio facial: consideraciones anestésicas y neurofisiológicas. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim., 2003; 50: 460-71
20. Newberry T, Caufmann C, Miller F. Review of accessory parotid gland tumors, pathologic incidence and surgical management. Am. J. of Otolaryngology, 2014; 35(1):48-52.
21. Liu DT, Coppit GL, Burkey BB. Tumors of

- the accessory lobe of the parotid gland: a 10-year experience. *Laryngoscope*, 2004; 114:165255.
22. Afify S, Maynard J. Tumours of the accessory lobe of the parotid gland. *Postgrad Med. J.* 1992; 38:461-2.
 23. Argente H, Álvarez M. *Semiología médica. Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente.* Editorial Médica Panamericana. Argentina, 2008.

Cítar este artículo de la siguiente forma de acuerdo a las Normas Vancouver:

Rivera G. Glándula parótida accesoria como una variación anatómica. Reporte de caso. *Rev. estomatol.* 2014; 22(1):33-37.