

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
UFFS  
Campus de Chapecó  
Curso de Graduação em Medicina

**CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-CIRÚRGICA DE PACIENTES SUBMETIDOS À  
PAROTIDECTOMIA**

MARIA JOANA CARVALHO E SILVA  
YASMIM PAULA CESCO

Chapecó – SC, 2019

MARIA JOANA CARVALHO E SILVA  
YASMIM PAULA CESCO

**CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-CIRÚRGICA DE PACIENTES SUBMETIDOS À  
PAROTIDECTOMIA**

Artigo resultante do Trabalho de Curso apresentado à Universidade Federal da Fronteira Sul como parte dos requisitos para obtenção do grau de Médica.

Professor Orientador: Me. Marcelo Zeni  
Professor Co-orientador: Dr. Samuel Spiegelberg  
Zuge

Chapecó – SC, novembro de 2019

**Maria Joana Carvalho e Silva**

**Yasmim Paula Cesco**

Acadêmicas

**Caracterização clínico-cirúrgica de pacientes submetidos à  
parotidectomia**

*Título do trabalho*

Trabalho de curso de graduação apresentado como requisito para obtenção de aprovação no respectivo componente da grade do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul - campus Chapecó.


Orientador: **Prof. Me. Marcelo Zeni**

Este trabalho de curso foi defendido e aprovado pela banca em:  
29/11/2019

BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. Marcelo Zeni



Prof. Dr. Marcelo Moreno



Gabriela Citron Vedana

**CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-CIRÚRGICA DE PACIENTES SUBMETIDOS À  
PAROTIDECTOMIA**

MARIA JOANA CARVALHO E SILVA  
YASMIM PAULA CESCO

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Me. Marcelo Zeni, UFFS - Orientador

---

Prof. Dr. Marcelo Moreno, UFFS

---

Gabriela Citron Vedana, Médica anesthesiologista

## SUMÁRIO

RESUMO.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
MÉTODOS.....	8
RESULTADOS.....	9
DISCUSSÃO.....	14
CONCLUSÃO.....	19
ABSTRACT.....	19
REFERÊNCIAS.....	21
APÊNDICE I.....	23
APÊNDICE II.....	24

## CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-CIRÚRGICA DE PACIENTES SUBMETIDOS À PAROTIDECTOMIA

Maria Joana Carvalho e Silva<sup>1\*</sup>, Yasmim Paula Cesco<sup>2\*\*</sup>

### RESUMO

**Introdução:** usualmente a parotidectomia é realizada sob regime de internação hospitalar, entretanto, há uma tendência mundial em se realizar procedimentos cirúrgicos de médio porte ambulatorialmente. **Objetivo:** descrever características clínico-cirúrgicas de pacientes submetidos a parotidectomia em regime ambulatorial e de internação hospitalar, comparando desfechos de ambos os grupos. **Métodos:** estudo retrospectivo que incluiu pacientes parotidectomizados entre 2006 e 2019 em dois hospitais do Oeste de Santa Catarina, foram avaliadas características clínicas e cirúrgicas. **Resultados:** foram estudados 138 pacientes, 52,9% masculinos e 47,1% femininos, a maioria com idade até 49 anos; 84,8% residiam na zona urbana, 47,8% realizaram a cirurgia por meio do Sistema Único de Saúde, 58,0% foram classificados como ASA I e 68,1% possuíam lesões primárias de até 30 mm. A maioria das punções aspirativas por agulha fina apresentou resultado benigno (71,4%). A anestesia geral foi empregada em 72,5% e a parotidectomia parcial foi realizada em 71,0%. Apenas em 29,0% foram ressecadas estruturas adjacentes; 62,3% dos pacientes não apresentaram complicações e 37,0% deixaram o hospital no mesmo dia do procedimento. Na histopatologia, 62,5% dos tumores foram descritos como benignos. Comparando a alta hospitalar no mesmo dia ou em mais dias, houve diferença significativa quanto às variáveis moradia, convênio, horário da cirurgia, estruturas ressecadas e tipo da anestesia. Não foi demonstrada diferença significativa quanto às complicações pós-operatórias. **Conclusão:** foi possível realizar parotidectomia sob regime ambulatorial, propiciando menor tempo de internação e oferecendo risco de complicações pós-operatórias não maiores do que a cirurgia com regime de internação hospitalar.

---

<sup>1\*</sup> Acadêmica do curso de Medicina da UFFS. Campus Chapecó. Contato: mariajoanacarvalho@hotmail.com

<sup>2\*\*</sup> Acadêmica do curso de Medicina da UFFS. Campus Chapecó. Contato: yasmimpaulacesco@gmail.com

Palavras-chave: Alta hospitalar. Glândula parótida. Cirurgia ambulatorial.

## INTRODUÇÃO

Os tumores das glândulas salivares são raros e perfazem cerca de 3% a 7% de todas as neoplasias da região de cabeça e pescoço. A glândula parótida, por sua vez, representa o principal sítio de ocorrência dos tumores das glândulas salivares, correspondendo, aproximadamente, a 85% dos casos. Dentre estes, 75% são benignos, sendo o adenoma pleomórfico o tipo histológico mais comum (XIMENES FILHO et al., 2002; PETROIANU, 2011; BOHATCH JUNIOR et al., 2018).

Ainda que a maioria das neoplasias da parótida seja de etiologia benigna, o tratamento de escolha é cirúrgico, por meio da excisão da glândula. Nesta circunstância, é de suma importância o conhecimento anatômico para a localização do nervo facial, sendo necessário sua identificação, dissecação, isolamento e preservação. Além disso, o tipo de cirurgia, parcial ou total com ou sem preservação do nervo facial, depende dos aspectos histológicos da neoplasia (MOORE, 2001; SUNGUR et al., 2002; XIMENES FILHO et al., 2002).

Na parotidectomia total, há a remoção de todo o tecido glandular lateral e medial ao nervo facial. Já na cirurgia parcial, a retirada de tecido é superficial, ou seja, lateral ao nervo facial. Na prática, a técnica mais utilizada é a parcial, pois 90% dos tumores estão localizados no lobo superficial e, em teoria, não afetam o tronco do nervo (SUNGUR et al., 2002; ZHANG et al., 2013).

A parotidectomia é considerada um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns realizados por cirurgiões de cabeça e pescoço. Tradicionalmente, as parotidectomias são realizadas em regime de internação, em que o paciente permanece, em média, cinco dias no hospital (BENTKOVER et al., 1996; VOLPATO et al., 2009; PETROIANU, 2011).

Entretanto, em relação ao regime de internação do paciente submetido à parotidectomia, há uma tendência crescente em se discutir a cirurgia ambulatorial ou também denominada cirurgia com internação de curta permanência. Esta, caracteriza-se pelo procedimento médico-cirúrgico que dispensa o pernoite do paciente, ou quando o tempo de permanência no estabelecimento não ultrapassa 24 horas (BRASIL, 2008; SANTOS et al., 2008; ZIEGLER et al., 2018).

Para que o paciente não tenha a necessidade de permanecer em regime de internação hospitalar, alguns critérios pré-operatórios são levados em consideração, como o seu estado físico (que pode ser categorizado pela *American Society of Anesthesiologists* - ASA), a extensão e a localização do procedimento, os cuidados pós-operatórios e também a aceitação do paciente. Além disso, os procedimentos anestésicos devem permitir rápida ou imediata recuperação, como a anestesia loco-regional com ou sem sedação, e anestesia geral com drogas anestésicas de eliminação rápida (BRASIL, 2008).

As cirurgias ambulatoriais teriam a vantagem de diminuir os custos relacionados à internação, bem como reduzir os riscos de infecções nosocomiais. Segundo Bentkover e colaboradores (1996), há estudos evidenciando que a parotidectomia ambulatorial pode ser realizada sem aumentar a taxa de complicações comparada com a parotidectomia com internação (MOFLE; URQUHART, 2008; VOLPATO et al., 2009; ZIEGLER et al., 2018). Ademais, o tempo de internação prolongado pode propiciar maior número de complicações cirúrgicas de ferida operatória (TRACY; SPIRO, 2010; BOHATCH JUNIOR et al., 2018).

A principal complicação da parotidectomia ocorre no transoperatório, com a lesão do nervo facial, que, por sua vez, pode causar paresia ou paralisia facial temporária ou definitiva. Já as complicações pós-operatórias, como hematoma, fístula salivar, infecção da ferida operatória, seroma e síndrome de *Frey* são menos frequentes. Inclusive, há estudos que demonstram que a parotidectomia ambulatorial com alta precoce gera menos complicações (CHEDID et al., 2011; ZIEGLER et al., 2018).

Do ponto de vista administrativo, a alta hospitalar no mesmo dia do procedimento cirúrgico permite uma melhor gestão de leitos e, por consequência, redução dos custos hospitalares (BENTKOVER et al., 1996). Para o paciente, por sua vez, ter a oportunidade de se recuperar junto aos familiares no âmbito domiciliar é um fator positivo (RAGO et al., 2014).

A realização da excisão cirúrgica da glândula parótida é um procedimento comum entre os cirurgiões de cabeça e pescoço e possui uma rápida recuperação. Com isso, a alta hospitalar no mesmo dia da intervenção cirúrgica se coloca com uma ação promissora nos aspectos financeiros e de satisfação do paciente (TESSEROLI et al., 2016).



Desta forma, o objetivo do presente estudo foi descrever as características clínicas e cirúrgicas de pacientes submetidos a parotidectomia em regime ambulatorial e de internação hospitalar, comparando o desfecho clínico-cirúrgico de ambos os grupos.

## **MÉTODOS**

Estudo de delineamento transversal, descritivo e retrospectivo, com análise de prontuários de pacientes submetidas à parotidectomia, realizadas por um mesmo cirurgião, na Associação Hospitalar Leonir Vargas Ferreira - Hospital Regional do Oeste (HRO) e no Hospital Unimed em Chapecó, Santa Catarina, Brasil, no período de dezembro de 2006 a junho de 2019.

A amostra foi determinada pelo método não probabilístico de conveniência. Foram excluídos do estudo os prontuários que não apresentaram informações acerca do tipo de cirurgia, da anestesia empregada, da data de alta médica e também das possíveis complicações apresentadas.

Tendo em vista as semelhanças e diferenças entre a parotidectomia ambulatorial e a de internação hospitalar, as variáveis clínicas e cirúrgicas selecionadas para o estudo visaram caracterizar a amostra, os aspectos do nódulo, a cirurgia realizada e o desfecho clínico-cirúrgico de cada paciente para permitir posterior comparação entre os dois grupos. Para isso, foi elaborado um formulário eletrônico (APÊNDICE I).

Quanto às características dos pacientes, foram registradas informações sobre a data de nascimento, sexo, moradia no perímetro urbano ou rural, convênio de saúde via Sistema Único de Saúde (SUS), convênio privado ou meio particular e estado físico por meio da escala ASA, na qual ASA I são pacientes considerados hígidos, ASA II são pacientes com doença sistêmica leve, ASA III engloba pacientes com doença sistêmica moderada, ASA IV doença sistêmica grave e ASA V os moribundos.

Além disso, também foram analisados o tamanho do nódulo em milímetros, a realização ou não de punção aspirativa por agulha fina (PAAF) bem como seu resultado benigno, maligno ou indeterminado e o tipo histológico do tumor. Quanto à cirurgia, as variáveis: data, horário, tipo da cirurgia (se parcial ou total, com ou sem linfadenectomia), tipo de anestesia (geral ou locorregional com sedação) e as

estruturas adjacentes ressecadas (pele, osso, nervo e músculo) foram analisadas. Já quanto ao desfecho clínico-cirúrgico, levou-se em consideração a data de alta hospitalar, as complicações apresentadas e a satisfação do paciente.

Os dados coletados foram tabulados no *software Microsoft Excel®*, versão 2010 e o tratamento estatístico realizado mediante o *software SPSS®*, versão 12.0. Foi verificada a frequência das variáveis e o teste *Qui-quadrado* foi utilizado para as associações entre as variáveis clínico-cirúrgicas com a alta hospitalar. O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ .

O protocolo da pesquisa foi elaborado em concordância com as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (parecer nº 3.415.494/2019). Por ser um estudo de caráter retrospectivo com dados secundários de prontuários, foi dispensando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE II).

## RESULTADOS

No período de dezembro de 2006 a junho de 2019 foram realizadas 142 parotidectomias. Quatro pacientes foram excluídos da amostra por apresentarem informações incompletas quanto às variáveis: data de alta médica e possíveis complicações apresentadas. Desta forma, foram estudados 138 pacientes, 73 (52,9%) do sexo masculino e 65 (47,1%) do sexo feminino, sendo a faixa etária até 49 anos de idade a mais prevalente (42,8%) (Tabela 1).

Quanto à moradia, 106 (76,8%) pacientes residiam na zona urbana e 19 (13,8%) na zona rural. Em 13 (9,8%) prontuários analisados, não havia informação sobre essa variável, à vista disso, a porcentagem válida é de que a maioria dos pacientes, representando 84,8%, residiam na zona urbana. No que se refere ao convênio de saúde, 66 (47,8%) pacientes realizaram a cirurgia por meio do SUS, 46 (33,3%) por meio de plano de saúde privado e 26 (18,8%) com caráter particular (Tabela 1).

A maioria dos pacientes (58,0%) foi classificada como ASA I na avaliação pré-anestésica. O tamanho da lesão neoplásica da parótida foi avaliado em 116 pacientes, sendo que 68,1% dos casos mediam menor ou igual a 30 mm de diâmetro em seu maior eixo. A citologia proveniente das PAAF's pré-operatórias

das lesões foi realizada em 70 pacientes, dos quais a maioria (71,4%) apresentou resultado com características benignas (Tabela 1).

Tabela 1 – Características clínicas dos pacientes submetidos a parotidectomia no período de dezembro de 2006 a junho de 2019, em Chapecó - SC, em números e proporções.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Características clínicas</b>		
<b>Sexo*</b>		
Masculino	73	52,9
Feminino	65	47,1
<b>Idade em anos*</b>		
≤49	59	42,8
50–69	55	39,8
≥70	24	17,4
<b>Moradia<sup>£</sup></b>		
Urbana	106	84,8
Rural	19	15,2
<b>Convênio</b>		
SUS	66	47,8
Plano privado	46	33,3
Particular	26	18,8
<b>ASA</b>		
ASA I	80	58,0
ASA II	51	37,0
ASA III	6	4,3
ASA IV	1	0,7
<b>Características das lesões parotídeas</b>		
<b>Tamanho do nódulo em mm<sup>¥</sup></b>		
≤ 30	79	68,1
31–59	32	27,6
≥60	5	4,3
<b>PAAF<sup>§</sup></b>		
Benigno	50	71,4
Maligno	12	17,1
Indeterminado	8	11,4

Fonte própria. n, número da amostra; %, porcentagem; \*, n=138; <sup>£</sup>, n=125; <sup>¥</sup>, n=116; <sup>§</sup>, n=70; SUS, Sistema Único de Saúde; ASA, *American Society of Anesthesiologists*; mm, milímetros; PAAF, punção aspirativa com agulha fina.

A técnica anestésica mais frequentemente utilizada foi por meio da anestesia geral (72,5%) e o tipo de cirurgia mais realizada foi a parotidectomia

parcial (71,0%). Menos de um terço dos casos (29,0%) necessitou da ressecção de estruturas adjacentes. A maioria dos pacientes não apresentou complicações pós-operatórias (62,3%). Quanto a alta hospitalar, 37% dos pacientes puderam deixar o hospital no mesmo dia do procedimento cirúrgico (Tabela 2).

Tabela 2 – Características cirúrgicas dos pacientes submetidos a parotidectomia no período de dezembro de 2006 a junho de 2019, em Chapecó - SC, em números e proporções.

<b>Variáveis</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de anestesia</b>		
Geral	100	72,5
Bloqueio locorregional	38	27,5
<b>Parotidectomia</b>		
Parcial	98	71,0
Parcial + linfadenectomia	7	5,0
Total	22	16,0
Total + linfadenectomia	11	8,0
<b>Ressecção de estruturas adjacentes</b>		
Sim	40	29,0
Não	98	71,0
<b>Complicações pós-operatórias</b>		
Sim	52	37,7
Não	86	62,3
<b>Alta hospitalar</b>		
Mesmo dia	51	37,0
Em mais dias	87	63,0

n, número da amostra; %, porcentagem; \*, n=138.

Tendo em vista as cirurgias que necessitaram ressecção de estruturas adjacentes (29,0%), a maioria dos casos (65,0%) teve a pele como estrutura ressecada, seguida do nervo facial (25,0%), ossos (7,5%) e músculo (2,5%) (Gráfico 1).

Considerando somente os 52 (37,7%) pacientes que apresentaram complicações pós-operatórias, a paralisia facial temporária foi a complicação mais frequente, conforme demonstrado no Gráfico 2, seguida pela paralisia facial definitiva (19,2%) e pelo seroma (19,2%). Apenas 1 (1,9%) paciente foi submetido à reinternação hospitalar.

De acordo com o exame anatomopatológico da peça cirúrgica, a maioria dos tumores eram benignos (62,5%). Dentre estes, o mais frequentemente encontrado foi o adenoma pleomórfico (52,2%), seguido do tumor de *Warthin* (6,6%) e do mioepitelioma (3,7%) (Gráfico 3).

Gráfico 1 – Distribuição da ressecção de estruturas adjacentes, dos pacientes submetidos a parotidectomia no período de dezembro de 2006 a junho de 2019, em Chapecó - SC, em proporções, (n=40).

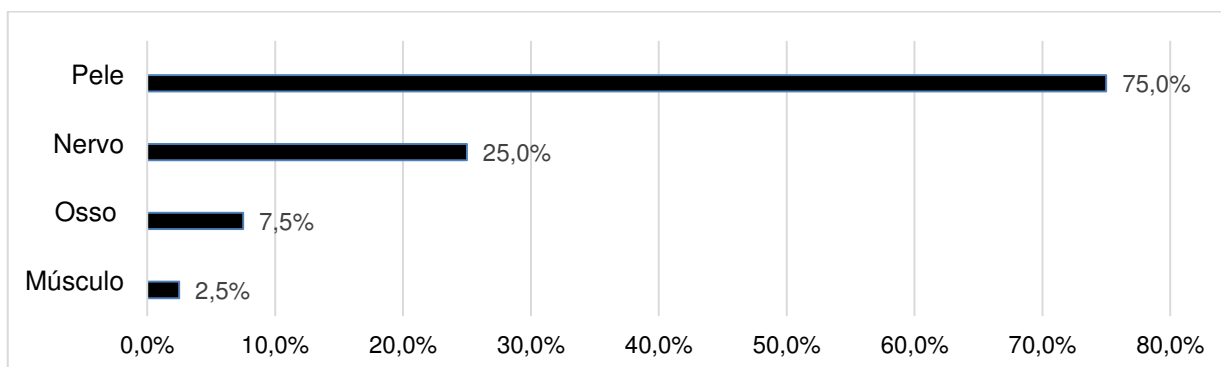


Gráfico 2 – Distribuição das complicações pós-operatórias dos pacientes submetidos a parotidectomia no período de dezembro de 2006 a junho de 2019, em Chapecó - SC, em proporções, (n=52).

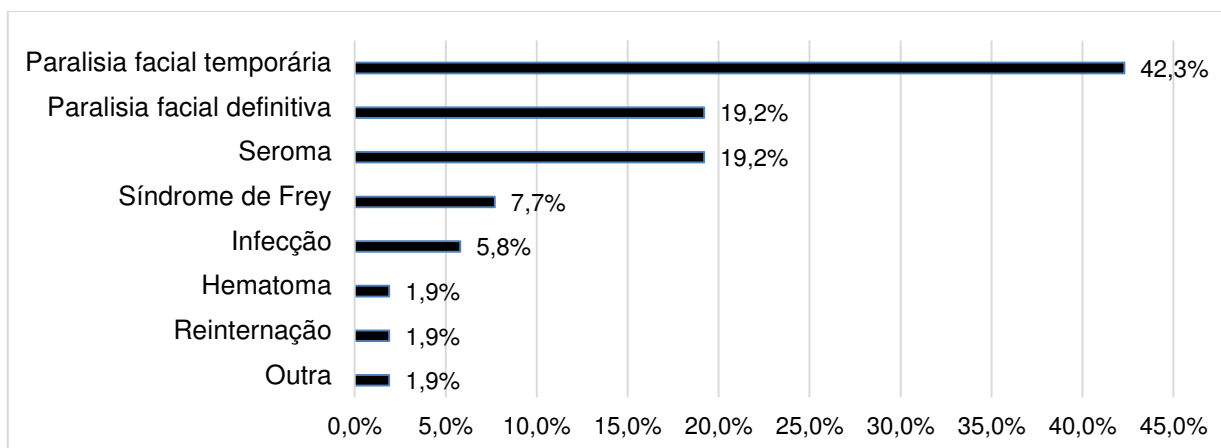
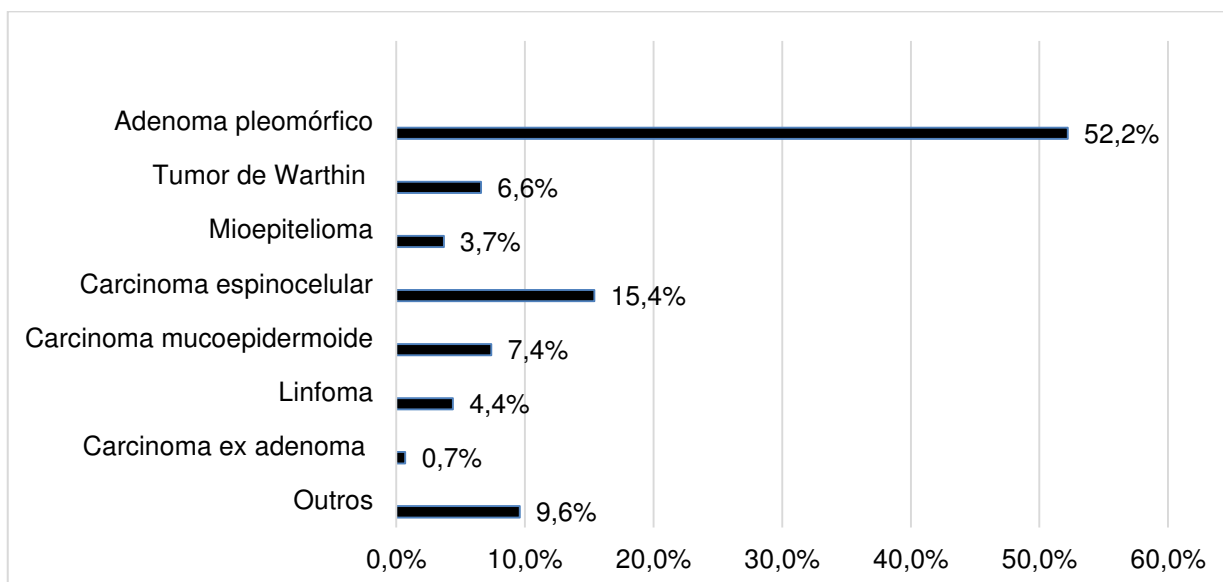


Gráfico 3 – Características do exame anatomopatológico, dos pacientes submetidos a parotidectomia no período de dezembro de 2006 a junho de 2019, em Chapecó - SC, em proporções, (n=136).



Dentre as variáveis analisadas com relação à alta hospitalar no mesmo dia (n=51) e em mais dias (n=87), houve diferença significativa quanto à moradia (p=0,009), ao tipo de convênio (p=0,001), ao horário da cirurgia (p<0,001), às estruturas ressecadas (p=0,012) e ao tipo de anestesia (p<0,001). Não foi demonstrada diferença significativa quanto às complicações pós-operatórias nos dois grupos (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre as variáveis clínico-cirúrgicas com a alta hospitalar dos pacientes submetidos a parotidectomia no período de dezembro de 2006 a junho de 2019, em Chapecó - SC, em números e proporções.

Variáveis	Alta hospitalar		p
	Mesmo dia (n=51)	Em mais dias (n=87)	
<b>Moradia (n=125)</b>			0,009 <sup>a</sup>
Urbana	47	59	
Rural	2	17	
<b>Convênio</b>			0,001 <sup>a</sup>
SUS	14	52	
Plano privado	24	22	
Particular	13	13	
<b>Horário da cirurgia</b>			

Matutino	43	39	<0,001 <sup>a</sup>
Vespertino	8	48	
<b>Estruturas ressecadas</b>			
Sim	8	31	0,012 <sup>a</sup>
Não	43	56	
<b>Tipo de anestesia</b>			
Geral	24	76	<0,001 <sup>a</sup>
Bloqueio	27	11	
locorreional			
<b>Complicações pós-operatórias</b>			
Sim	14	38	0,058 <sup>a</sup>
Não	37	49	

Legenda: n, número da amostra; <sup>a</sup>, *Qui*-Quadrado.

## DISCUSSÃO

As neoplasias da glândula parótida são raras, acometem cerca de 1 a cada 100 mil pessoas por ano, sendo o pico de incidência na faixa etária entre sessenta e setenta anos, e representam menos de 1% de todas as neoplasias do corpo humano. Na maioria dos casos, cerca de 75%, os tumores da parótida possuem etiologia benigna e seu tratamento, independente da origem, se dá pela excisão parcial ou total da glândula, com ou sem preservação do nervo facial (TAKAHAMA JUNIOR et al., 2009; BOHATCH JUNIOR et al., 2018).

A parotidectomia, por ser uma das operações mais comuns na área de cirurgia de cabeça e pescoço, está em constante evolução quanto à sua técnica de execução. Além das cirurgias parciais e minimamente invasivas, a parotidectomia sob regime ambulatorial ou cirurgia com internação de curta permanência, a qual dispensa o pernoite do paciente, ou quando o tempo de permanência não ultrapassa 24 horas, tem sido objeto de estudo quanto à segurança da técnica (MOFLE; URQUHART, 2008; BRASIL, 2008; ZIEGLER et al., 2018).

Em termos epidemiológicos, as neoplasias de glândula parótida ocorrem por cerca dos 45 anos de idade, ocorrendo, em maiores proporções, nos indivíduos do sexo masculino. Bohatch Junior e colaboradores (2018)

descreveram uma média de 67,5 anos de idade, sendo a amostra composta por 66,7% de indivíduos do sexo masculino. Já Takahama Junior e colaboradores (2009), verificaram média de idade de 48,5 anos e discreta predominância do sexo feminino (53%). Por sua vez, no estudo de Oliveira e colaboradores (2013), 53,7% eram mulheres e a média de idade de diagnóstico de tumores malignos foi de 57,88 anos e dos tumores benignos 50,02 anos. Em nosso estudo a faixa etária até 49 anos de idade foi a mais prevalente (42,8%) e houve um leve predomínio do sexo masculino (52,9%) (TAKAHAMA JUNIOR et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2013; BOHATCH JUNIOR et al., 2018).

No que diz respeito às condições clínicas de acordo com a avaliação pré-anestésica dos pacientes submetidos à parotidectomia deste estudo, a maioria (58,1%) foi classificado como ASA I. Tal achado difere de Bohatch e colaboradores (2018), em que a maioria (84,2%) foi classificado como ASA II e apenas 5,3% como ASA I. Ainda que discordantes, é importante salientar que a categorização de ASA I e ASA II podem ser englobadas como pertencentes a um único grupo de “baixo risco” (CASEIRO, 2009; BOHATCH JUNIOR et al., 2018).

No presente estudo, o tamanho da lesão neoplásica da parótida foi avaliado em 116 pacientes, sendo que 68,1% dos casos mediam menor ou igual a 30 mm de diâmetro em seu maior eixo. Bohatch Junior e colaboradores (2018) encontraram valores semelhantes, com tumores medindo em média 29,5 mm. Entretanto, o tamanho médio dos tumores, no estudo de Takahama Junior e colaboradores (2009), foi de 40 mm, variando de 10 a 300 mm.

Uma vez identificada uma tumoração na região parotídea, é indicada a realização da PAAF, visto a importância diagnóstica em diferenciar lesões benignas e malignas. Em nosso estudo, a PAAF foi realizada em 70 pacientes, dos quais a maioria (71,4%) apresentou resultado com características benignas, corroborando com a maioria dos estudos encontrados na literatura (XIMENES FILHO et al., 2002; TAKAHAMA JUNIOR et al., 2009; PETROIANU, 2011; OLIVEIRA et al., 2013; BOHATCH JUNIOR et al., 2018).

Para a confirmação diagnóstica, o exame anatomopatológico é fundamental. De acordo com esse exame, a maioria dos tumores deste estudo foram benignos (62,5%), sendo o mais frequente o adenoma pleomórfico (52,2%), seguido do tumor de Warthin (6,6%) e do mioepitelioma (3,7%). Este achado é encontrado também no estudo de Shahid e colaboradores (2007), no qual 66,6%



dos pacientes operados sob anestesia locorregional tiveram resultado da biópsia pós-operatória benigno.

Ainda, outro estudo, de Takahama Junior e colaboradores (2009), descreveu resultados semelhantes, no qual os tumores benignos mais frequentes foram o adenoma pleomorfo e o Tumor de *Warthin*, representando 66,5% e 25% dos casos respectivamente. Já o estudo de Bohatch Junior e colaboradores (2018) encontrou o contrário, onde 57,9% pacientes tinham tumores benignos, mas o mais frequente foi o tumor de *Warthin* em 35,1%, seguido do adenoma pleomórfico em 21% e do mioepitelioma em um 1,8%.

A técnica anestésica mais comumente empregada nas cirurgias de cabeça e pescoço é a anestesia geral, ainda que haja uma crescente tendência ao uso de sedação com bloqueio local. Este fato corrobora com o presente estudo, em que a anestesia geral foi empregada em 72,5% dos casos (STEEKLER, 1991; BENTKOVER et al., 1996; SHAHID, et al., 2007).

Quanto ao tipo de cirurgia mais empregada, no estudo de Bohatch Junior e colaboradores (2018), a parotidectomia superficial foi a mais frequente, em 66,7% casos. Já no estudo de Takahama Junior e colaboradores (2009), todos os pacientes foram tratados cirurgicamente, sendo 90% por parotidectomia parcial e 10% por parotidectomia total. No presente estudo, o tipo de cirurgia mais realizado foi a parotidectomia parcial (71,0%), o que corrobora também o estudo de Shahid e colaboradores (2007) no qual, dos três pacientes parotidectomizados com anestesia locorregional, dois foram submetidos à extração superficial da glândula.

A despeito da técnica anestésica e do tipo de cirurgia empregado, 52 (37,7%) pacientes deste estudo demonstraram complicações pós-operatórias. A paralisia facial temporária foi a complicação mais frequente (42,3%), seguida pela paralisia facial definitiva (19,2%) e seroma (19,2%). Uma frequência semelhante de paralisia facial foi descrita no estudo de Bohatch Junior e colaboradores (2018), no qual 42,1% pacientes tiveram algum grau de disfunção do nervo facial no pós-operatório. Todavia, no estudo de Takahama Junior e colaboradores (2009), a principal complicação após o tratamento cirúrgico foi a síndrome de *Frey* (9%), seguida então pela paralisia facial temporária em apenas 7,4% e permanente em apenas 1,6% dos casos.

Independentemente da presença ou ausência de complicações, em nosso estudo, 37% dos pacientes foram liberados do hospital no mesmo dia do

procedimento cirúrgico. Essa frequência de altas hospitalares no mesmo dia não é comumente encontrada na literatura. No estudo de Bohatch e colaboradores (2018), a média de tempo de internação foi de  $4,04 \pm 3,92$  dias. Já no estudo de Petroianu (2011), a alta hospitalar se dava em 3 dias. No estudo de Khalid (2011), todos os pacientes receberam alta no dia seguinte e nenhum dos pacientes sentiu que a alta havia sido prematura. Em um outro estudo retrospectivo de 69 parotidectomias, a média de dias internados foi a que mais se aproximou do nosso estudo (1,9 dias) (MOFLE; URQUHART, 2008).

Para análise da segurança da técnica de parotidectomia ambulatorial com alta no mesmo dia, nosso estudo comparou pacientes que receberam alta hospitalar no mesmo dia do procedimento cirúrgico ( $n=51$ ) com pacientes que receberam alta hospitalar em mais dias ( $n=87$ ). Pôde-se notar diferença estatisticamente significativa entre algumas variáveis do estudo. Com relação ao tipo de convênio, apenas 21,2% dos pacientes operados pelo SUS tiveram alta no mesmo dia. Em contrapartida, a maioria (51,4%) dos pacientes de plano de saúde privado ou operados por sistema particular obtiveram alta no mesmo dia.

É válido destacar que os pacientes operados por plano de saúde privado ou por meio particular geralmente o fazem na cidade de residência, enquanto nos hospitais conveniados ao SUS, 25,0% das internações ocorrem em outro município que não o de residência do paciente, o que dificulta a alta no mesmo dia pela distância a ser percorrida até o domicílio (DE OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004).

Neste mesmo cenário, o local de moradia também tem influência sobre a data de alta hospitalar. Em nosso estudo, dos pacientes pertencentes à zona rural, 89,5% ficaram internados ao menos um dia, enquanto 44,3% dos pacientes da zona urbana tiveram alta no mesmo dia da cirurgia. Isso demonstra que a distância do morador da zona rural do serviço de saúde, caso seja necessário em um evento de complicação pós-operatória, pode ser preditora de maior tempo de internação e alta mais tardia do que os pacientes da zona urbana. Muito se explica pois os moradores da zona urbana têm maior facilidade de acesso ao sistema de saúde. Ademais, na área rural, 71,7% dos atendimentos foram feitos pelo SUS contra 45,4% no meio urbano e, como descrito acima, no SUS uma menor porcentagem de pacientes receberam alta no mesmo dia (KASSOUF, 2005; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Outro fato a ser levado em consideração é de que a alta hospitalar no mesmo dia da cirurgia geralmente ocorre no período noturno, o que tornaria o deslocamento até o lar do morador da zona rural mais dificultoso. Ainda neste cenário, o horário da cirurgia também tem relação significativa ( $p < 0,001$ ) e segue a mesma lógica com a alta hospitalar, ou seja, a maioria (52,4%) dos procedimentos realizados no turno matutino receberam alta no mesmo dia, enquanto apenas 14,3% das cirurgias feitas no período vespertino receberam alta no mesmo dia.

Não houve diferença significativa no tamanho médio do tumor entre pacientes internados e pacientes ambulatoriais. Esse mesmo fato foi observado no estudo de Ziegler e colaboradores (2018), o qual analisou retrospectivamente o prontuário de 568 pacientes submetidos à parotidectomia entre 2007 e 2017 nos Estados Unidos. Entretanto, foram evidenciadas diferenças significativas em relação à complexidade cirúrgica. Apenas 20,5% dos pacientes que tiveram estruturas adjacentes à glândula parótida ressecadas tiveram alta no mesmo dia da cirurgia e a maioria (79,5%) ficaram internados ao menos um dia, ao passo que no grupo de pacientes sem estruturas adjacentes ressecadas 43,4% tiveram alta no mesmo dia.

Além disso, o tipo de anestesia é outro fator estreitamente relacionado ao tempo de permanência no hospital. Dentre as cirurgias com anestesia geral, a maioria (76%) permaneceu em regime de internação hospitalar, ao passo que a maioria (71%) dos pacientes parotidectomizados por meio da técnica anestésica de bloqueio locorregional receberam alta no mesmo dia da cirurgia. No estudo de Shahid e colaboradores (2007), 100% das parotidectomias foram feitas com anestesia locorregional por sistema ambulatorial e receberam alta no mesmo dia.

Outro dado de interesse é de que não foi demonstrada diferença quanto às complicações pós-operatórias. Essa mesma conclusão foi obtida no estudo de Ziegler e colaboradores (2018), o qual consta que "nosso estudo não demonstrou aumento na taxa de complicações entre os pacientes internados ou ambulatoriais".

Observa-se uma sólida relação entre a presença de complicações pós-operatórias e o tempo de permanência no hospital. Isso porque, dos pacientes com complicação pós-operatória, a maioria (73%) permaneceu ao menos um dia no hospital. No grupo de pacientes que tiveram alta no mesmo dia, apenas 27,4% dos pacientes tiveram complicações pós-operatórias, enquanto no grupo de

pacientes com internação hospitalar esta porcentagem sobe para 43,7% dos pacientes. Isso corrobora com outro estudo recente realizado também no Brasil, o qual conclui que maior tempo de internação apresentou associação com complicações pós-cirúrgicas (BOHATCH JUNIOR et al., 2018).

## CONCLUSÃO

A parotidectomia foi realizada segura e eficientemente sob regime ambulatorial, propiciando menor tempo de internação, menores custos hospitalares, e oferecendo risco de complicações pós-operatórias não maiores do que a cirurgia com regime de internação hospitalar.

Os fatores associados à alta no mesmo dia da cirurgia foram a realização da cirurgia por meio de plano de saúde privado ou particular, a residência do paciente na zona urbana, a realização da cirurgia no período matutino, a não necessidade de ressecção de estruturas adjacentes à glândula parótida e a utilização da técnica anestésica de bloqueio locorregional sem anestesia geral.

Os limites deste estudo incluem seu desenho retrospectivo e o fato de que a maioria dos casos ainda foram realizados sob regime de internação hospitalar.

## CLINICAL AND SURGICAL CHARACTERIZATION OF PATIENTS SUBMITTED TO PAROTIDECTOMY

### ABSTRACT

**Introduction:** parotidectomy is usually performed under hospitalization, however, there is a worldwide tendency to perform medium-sized surgical procedures outpatient. **Objective:** to describe the clinical and surgical characteristics of patients undergoing outpatient and inpatient parotidectomy, comparing outcomes of both groups. **Methods:** a retrospective study that included parotidectomized patients between 2006 and 2019 in two hospitals in the west of Santa Catarina, evaluated clinical and surgical characteristics. **Results:** 138 patients were studied, 52,9% male and 47,1% female, most aged up to 49 years; 84,8% lived in the urban area, 47,8% underwent surgery through the Sistema Único de Saúde, 58,0% were

classified as ASA I and 68,1% had primary lesions up to 30 mm. Most fine-needle aspiration punctures had benign results (71,4%). General anesthesia was used in 72,5% and partial parotidectomy was performed in 71,0%. Only 29,0% were resected adjacent structures; 62,3% of the patients had no complications and 37,0% left the hospital on the same day of the procedure. At histopathology, 62,5% of tumors were described as benign. Comparing hospital discharge on the same or more days, there was a significant difference regarding the variables housing, health insurance, time of surgery, resected structures and type of anesthesia. No significant difference was shown regarding postoperative complications.

**Conclusion:** it was possible to perform parotidectomy under outpatient regimen, providing shorter hospitalization time and offering risk of postoperative complications no greater than surgery with hospitalization regimen.

Keywords: Hospital discharge. Parotid gland. Ambulatory surgery.

## REFERÊNCIAS

BENTKOVER, S. H. et al. Outpatient Parotidectomy at the Fallon Clinic: The First 2 Years. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**, v. 122, n. 10, p. 1049-1053, 1996.

BOHATCH JUNIOR, M. S. et al. Avaliação das complicações pós-operatórias em pacientes idosos submetidos à parotidectomia. **Rev. Col. Bras. Cir**, v. 45, n. 4, 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1886, de 13 de novembro de 2008. **Dispõe sobre as Normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência**. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 21 nov. 2008. Seção I, p. 271-273.

CASEIRO, J. M. Critérios de admissão e de alta em cirurgia do ambulatório - A perspectiva do Anestesiologista. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, [S.l.], n. 8, p. 49-57, mar. 2009.

CHEDID, H. M. et al. Tumor de Warthin da glândula parótida: estudo de 70 casos. **Rev. Col. Bras. Cir**, v. 38, n. 2. p. 90-94, 2011.

DE OLIVEIRA, E. X. G; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 386-402, 2004.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 43, n. 1, p. 29-44, 2005.

KHALID, A. Q. Initial experience with hemostatic fibrin glue as adjuvant during drainless parotidectomy. **The Saudi dental journal**, v. 23, n. 2, p. 67-71, 2011.

MOFLE, P. J.; URQUHART, A. C. Superficial parotidectomy and postoperative drainage. **ClinMed Res**, v. 6, n. 2, p. 68-71, 2008.

MOORE, K. L. **Anatomia orientada para a clínica**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

OLIVEIRA, Filipa et al. Tumores das glândulas parótidas-Casuística dos últimos 10 anos do serviço de ORL do IPO de Lisboa. **Revista Portuguesa De Otorrinolaringologia E Cirurgia De Cabeça E Pescoço**, v. 51, n. 3, p. 157-160, 2013.

PETROIANU, A. Parotidectomia através de incisão periauricular. **Acta Med Port**, v. 24, n. 2, p. 103-106, 2011.

RAGO, R. et al. Short Hospitalization System: a new way of interpreting day surgery care. **Minerva Anesthesiol**, 2014.

- SHAHID, K. et al. Total parotidectomy under local anesthesia: a novel technique. **Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan**, v. 17, n. 2, p. 116, 2007.
- SANTOS, J. S. et al. Cirurgia ambulatorial: do conceito à organização de serviços e seus resultados. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 41, n. 3, p. 274-286, 2008.
- STEEKLER, R. M. Parotidectomy ambulatorial. **The American journal of surgery**, v. 162, n. 4, p. 303-305, 1991.
- SUNGUR, N. et al. Avaliação clinicopatológica dos tumores de glândula parótida: estudo retrospectivo. **J Cirurgia Craniofacial**, v. 13, p. 26-30, 2002.
- TAKAHAMA JUNIOR, A. et al. Neoplasias de parótida: análise de 600 pacientes atendidos em uma única instituição. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 75, n. 4, p. 497-501, 2009.
- TESSEROLI, M. A. S. et al. Parotidectomy under sedation and locoregional anesthesia with monitoring of brain activity. **Head Neck**, v. 39, p. 744-747, 2016.
- TRACY, J. C.; SPIRO, J. D. Short Hospital Stay Following Neck Dissection. **ArchOtolaryngol Head NeckSurg**, v. 136, n. 8, p. 773-776, 2010.
- TRAVASSOS, C; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2490-2502, 2007.
- VOLPATO, S. E. et al. Tumor gigante de glândula salivar: relato de caso. **ACM arq. catarin. med**, v. 38, n. 1, p. 80-82, 2009.
- ZHANG, S. S. et al. Conservation of salivary secretion and facial nerve function in partial superficial parotidectomy. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 42, p. 868-873, 2013.
- ZIEGLER, A. et al. Safety and Efficacy of Outpatient Parotidectomy. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 4, n. 32, 2018.
- XIMENES FILHO, J. A. et al. Neoplasias Benignas das Glândulas Salivares. **RevArqIntOtorrinolaringol**, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
UFFS  
Campus de Chapecó  
Curso de Graduação em Medicina

**APÊNDICE I – FORMULÁRIO**

1. Data nascimento
2. Convênio
  - (1) SUS
  - (2) Plano de saúde
  - (3) Particular
3. Sexo
  - (1) Masculino
  - (2) Feminino
4. Moradia
  - (1) Urbana
  - (2) Rural
  - (9) S/ info
5. ASA
  - (1) ASA I
  - (2) ASA II
  - (3) ASA III
  - (4) ASA IV
  - (5) ASA V
  - (6) ASA VI
6. Tamanho do nódulo
7. PAAF
  - (0) Não realizada
  - (1) Benigno
  - (2) Maligno
  - (3) Indeterminado
  - (9) S/ info
8. Data da cirurgia
9. Hora da cirurgia
  - (1) Matutino
  - (2) Vespertino
  - (9) S/ info
10. Tipo de cirurgia
  - (1) Parotidect. parcial
  - (2) Parotidect. parcial + linfadenect
  - (3) Parotidect. total
  - (4) Parotidect. total + linfadenect
11. Estruturas adjacentes ressecadas
  - (0) Não
  - (1) Pele
  - (2) Nervo facial
  - (3) Osso
  - (4) Músculo
12. Tipo anestesia
  - (1) Geral
  - (2) Loco-regional + bloqueio
13. Alta hospitalar
  - (0) Mesmo dia
  - (1) 1º PO
  - (2) 2º PO
  - (3) 3º PO ou mais
14. Complicações
  - (0) Nenhuma
  - (1) Infecção
  - (2) Paralisia facial temporária
  - (3) Paralisia definitiva
  - (4) Seroma
  - (5) Hematoma
  - (6) Síndrome de Frey
  - (7) Reinternação
  - (9) S/ informação
15. Satisfação
  - (1) Satisfeito
  - (2) Insatisfeito
  - (3) Não se aplica
  - (9) S/ informação
16. Anatomopatológico
  - (1) Adenoma pleomórfico
  - (2) Tu de Warthin
  - (3) CEC
  - (4) Mucoepidermoide
  - (5) Ca ex adenoma pleom.
  - (6) Linfoma
  - (7) Mioepitelioma
  - (8) Outro
  - (9) S/ informação



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
UFFS  
Campus de Chapecó  
Curso de Graduação em Medicina

**APÊNDICE II – JUSTIFICATIVA PARA DISPENSA DO TERMO DE  
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), do projeto de pesquisa intitulado “Parotidectomia Ambulatorial”, que têm como responsável o médico urologista, professor do curso de Medicina da Universidade Federal Fronteira Sul – UFFS *campus* Chapecó, Marcelo Zeni.

A justificativa para tal solicitação é devido ao fato de que o estudo é de caráter retrospectivo e utilizará apenas dados secundários de prontuários de indivíduos adultos submetidos à parotidectomia na Associação Hospitalar Leonir Vargas Ferreira - Hospital Regional do Oeste e Hospital Unimed em Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

Pretende-se utilizar os dados referentes à identificação do paciente no que tange a data de nascimento, sexo, escolaridade e moradia; aos aspectos clínicos e cirúrgicos, como comorbidades, tamanho do nódulo, realização de punção aspirativa por agulha fina, tipo histológico do tumor, data da cirurgia, horário da cirurgia, tipo da cirurgia, tipo de anestesia, estruturas adjacentes ressecadas, alta hospitalar, complicações; bem como à satisfação do paciente. A pesquisa abordará prontuários no período de 2006 a 2019.

No presente caso entende-se ser dispensável apresentação do TCLE conforme razões citadas acima.

É do conhecimento do pesquisador que conforme a Resolução 466/12 IV. 8-”Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento.”

Por fim, assumimos a responsabilidade pela fidedignidade das informações e aguardamos deferimento.

---

Marcelo Zeni - SIAPE: 1675511

Chapecó, março de 2019