

9. Castronovo C, Nikkels AF. Chronic herpes zoster duplex bilateralis. *Acta Derm Venereol.* 2012;92:148-51.

E. Rodríguez-Lomba\*, A. Sánchez-Herrero,  
R. Suárez-Fernández  
y A. Pulido-Pérez

*Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* [enriquerlomba@outlook.com](mailto:enriquerlomba@outlook.com)  
(E. Rodríguez-Lomba).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.03.030>

0001-7310/

© 2019 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Fístula parotídea tras biopsia cutánea: tratamiento con toxina botulínica



### Parotid Fistula After Skin Biopsy: Treatment With Botulinum Toxin

*Sr. Director:*

Las fístulas de glándulas salivares pueden producirse por diversas etiologías, siendo las más frecuentes los traumas accidentales y las complicaciones posquirúrgicas. Se caracterizan por la gran relevancia sintomatológica para el paciente, debido a la secreción de saliva a través de la fístula, fenómeno que se suele intensificar con la masticación. La saliva, debido a sus enzimas proteolíticas, es el principal agente que impide la normal cicatrización de esta, convirtiéndolo muchas veces en un cuadro de carácter crónico y de difícil solución<sup>1</sup>.

Mujer de 76 años, consulta por presentar placas subcutáneas induradas en ambas regiones parotídeas de 2,5 × 3 cm de diámetro, multinodulares, asintomáticas de meses de evolución (fig. 1A). La paciente refiere como único antecedente la inyección de un material de relleno hace 12 años. No había presentado ningún síntoma hasta la aparición de estas placas que se hacen evidentes ante una pérdida de peso importante. Por la sospecha de granuloma a cuerpo extraño, realizamos una biopsia cutánea por *punch* de 4 mm, en la que se aprecia una infiltración parotídea con 4 materiales de relleno distintos: ácido hialurónico, ácido poliláctico, hidroxiapatita de calcio y un cuarto material no identificado (fig. 2)<sup>2</sup>.

La paciente presenta a la semana, secreción de saliva a través del lugar de la biopsia, fenómeno que se intensificaba de forma evidente con la masticación. Realizamos una sutura de refuerzo en la herida, y aplicamos vendaje compresivo. Ante la ausencia de mejoría de la sintomatología consulta en el servicio de otorrinolaringología, donde se realiza un desbridamiento de los bordes y cierre directo del defecto con puntos simples, sin llegar a conseguir un correcto control de los síntomas (fig. 1B).

A la semana la paciente consulta con ampliación del tamaño del defecto, con bordes macerados e irritados, y

aumento de la cantidad de saliva secretada. Decidimos administrar a nivel local toxina botulínica tipo A (Botox, Allergan Inc, Irvine, CA, EE. UU.). Para esto, diluimos 100 U en 2 ml de suero fisiológico, y administramos 24 U subcutáneas repartidas en 6 puntos de inyección alrededor del defecto (fig. 1C). A las 2 semanas presentaba una clara mejoría del tamaño del defecto, sin embargo, la paciente refería persistencia de la sintomatología, motivo por el cual realizamos una segunda inyección de 24 U subcutáneas. Tras 4 semanas se consiguió el cierre total de la fístula, sin presentar complicaciones durante el tratamiento (fig. 1D).

La causa más frecuente de fístula parotídea es como complicación posterior a una cirugía de parótida, con incidencias que pueden alcanzar hasta un 14% dependiendo de las series. Las fístulas se pueden dividir en tempranas, aquellas que tengan una duración de menos de 6 semanas, y permanentes, aquellas que persisten más allá de este tiempo<sup>3</sup>. Esta clasificación tiene gran importancia, porque si bien ambas son un reto terapéutico, las primeras suelen responder a tratamiento conservador con vendaje compresivo, mientras que las permanentes suelen presentar una peor respuesta, y en numerosas ocasiones requieren intervención quirúrgica.

Un tratamiento que ha presentado buenos resultados en los últimos años es el uso de inyecciones de toxina botulínica tipo A<sup>4,5</sup>. Esta produce un bloqueo temporal de la liberación de neurotransmisores colinérgicos parasimpáticos, lo que reduce la secreción de saliva por parte de la glándula, y facilita el cierre de la fístula. Este efecto es de carácter temporal, y tiene la ventaja de ser mínimamente invasivo, con pocas complicaciones, y bien tolerado por el paciente.

Las dosis suelen variar entre 10 y 40 U de toxina botulínica, separadas por 2-4 semanas<sup>6,7</sup>. La reducción de saliva se observa a los pocos días, pero el efecto máximo puede tardar semanas en alcanzarse, por lo que es importante transmitir paciencia y tranquilizar al paciente. En nuestro caso inyectamos toxina botulínica en 2 ocasiones, sin embargo, pensamos que es muy posible que con una sola dosis la fístula hubiera cerrado.

Las dosis utilizadas para sialorrea son de 22,5 U en cada glándula, y suelen administrarse bloqueando la salida de las principales terminaciones nerviosas del nervio facial



**Figura 1** A) Placa indurada subcutánea de  $2,5 \times 3$  cm de diámetro en región parotídea. B) Fístula parotídea a los 7 días de la biopsia cutánea, con salida de saliva por el defecto. C) Fístula parotídea a las 3 semanas de tratamiento, previo al tratamiento con toxina botulínica. Se realizaron inyecciones subcutáneas alrededor del defecto en los 6 puntos delimitados en la imagen. D) Resultado final posterior al tratamiento con toxina botulínica.

guiado por ecografía<sup>5</sup>. En nuestra paciente, la administración de toxina botulínica se realizó en varios puntos rodeando el defecto, con el fin de disminuir la secreción de saliva en esa zona sin producir un bloqueo total de la salivación.

Desde el punto de vista dermatológico, se ha descrito de manera anecdótica la aparición de fístulas parotídeas como complicación tras la exéresis de tumores cutáneos y granulomas a cuerpo extraño cercanos a la glándula parotídea, por lo que debemos tenerlo presente al momento de realizar un procedimiento invasivo en esta región<sup>6,8</sup>. En estos casos puede ser de utilidad el uso de pruebas de imagen para intentar identificar el material de relleno aplicado como la ecografía, la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética nuclear<sup>9,10</sup>. Otra opción en caso de necesidad de realizar biopsias en sitios de riesgo, es la punción aspiración

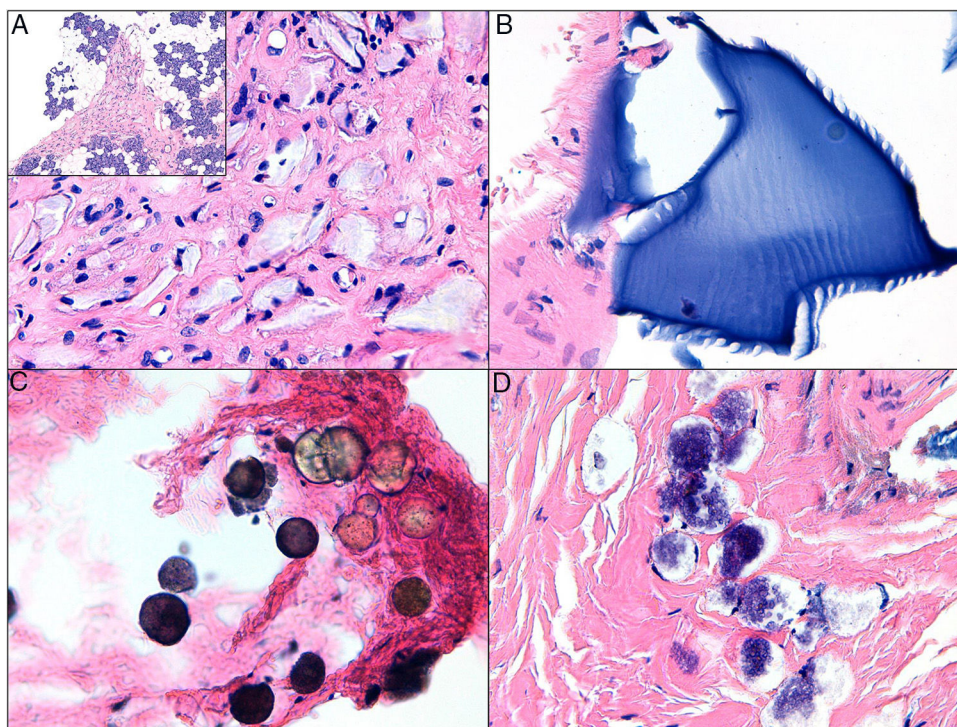
por aguja fina (PAAF), guiada o no por ecografía, para evitar posibles complicaciones.

Nos parece interesante compartir nuestra experiencia, primero por destacar el riesgo de realizar una biopsia cutánea próxima a la glándula parotídea, y segundo por el excelente resultado que un tratamiento conservador con toxina botulínica puede aportar ante una fístula parotídea.

### Agradecimientos

Agradecemos su colaboración al Dr. Víctor Traves, patólogo del Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España.





**Figura 2** Biopsia cutánea compuesta principalmente por tejido glandular parotídeo y 4 materiales sintéticos distintos (H&E). A) Material fusiforme grisáceo inmerso en un estroma hialino compatible con ácido poliláctico que infiltra tejido glandular parotídeo. B) Material basófilo laminado polimorfo compatible con ácido hialurónico. C) Microesferas negro-grisáceas compatibles con hidroxiapatita cálcica. D) Material espumoso basófilo no identificado.

## Bibliografía

- Carpenter GH. The secretion, components, and properties of saliva. *Annu Rev Food Sci Technol.* 2013;4:267–76.
- Requena L, Requena C, Christensen L, Zimmermann US, Kutzner H, Cerroni L. Adverse reactions to injectable soft tissue fillers. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64:1–34, quiz 35–36.
- Laskawi R, Winterhoff J, Kohler S, Kottwitz L, Matthias C. Botulinum toxin treatment of salivary fistulas following parotidectomy: Follow-up results. *Oral Maxillofac Surg.* 2013;17:281–5.
- Marchese-Ragona R, Marioni G, Restivo DA, Staffieri A. The role of botulinum toxin in postparotidectomy fistula treatment. A technical note. *Am J Otolaryngol.* 2006;27:221–4.
- Tighe D, Williams M, Howett D. Treatment of iatrogenic sialoceles and fistulas in the parotid gland with ultrasound-guided injection of botulinum toxin A. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2015;53:97–8.
- Hill SE, Mortimer NJ, Hitchcock B, Salmon PJ. Parotid fistula complicating surgical excision of a basal cell carcinoma: Successful treatment with botulinum toxin type A. *Dermatol Surg.* 2007;33:1365–7.
- Lim YC, Choi EC. Treatment of an acute salivary fistula after parotid surgery: Botulinum toxin type A injection as primary treatment. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2008;265:243–5.
- Gramp D, Casey G, Kim YJ. Parotid fistula complicating postauricular basal cell carcinoma excision. *Australas J Dermatol.* 2013;54:43–5.
- Villegas Fernandez C, Buron Alvarez I, Fernandez-Tresguerres Centeno A, Alfageme Roldan F, de Cabo Frances F. Cutaneous ultrasound and dermal fillers [Article in Spanish]. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106 Suppl:87–95.
- Di Girolamo M, Mattei M, Signore A, Grippaudo FR. MRI in the evaluation of facial dermal fillers in normal and complicated cases. *Eur Radiol.* 2015;25:1431–42.

B. Bancalari<sup>a,\*</sup>, B. Llombart<sup>a</sup>, C. Requena<sup>a</sup>  
y J.B. Vendrell<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

<sup>b</sup> Servicio de Otorrinolaringología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [bernardobancalari@gmail.com](mailto:bernardobancalari@gmail.com)  
(B. Bancalari).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.02.040>  
0001-7310/

© 2019 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.