



Universidad Tecnológica Indoamérica
Facultad de Ciencias de la Salud y Bienestar Humano
Decanato de Posgrados en Salud

Especialidad en Cirugía Oncológica

Título: Factores Asociados con la Parálisis Facial posterior a
Cirugía de Resección de Tumor de Parótida

Trabajo de investigación con fines de titulación previo a la obtención del
título de Especialista en Cirugía Oncológica

Autor: Dr. Andrés Sebastián Palacios Portilla

Docente Tutor de Investigación: Dra. Lucy Baldeón Rojas, MSc, PhD

Quito - Ecuador
2026

Aprobación de trabajo de titulación

Título: Factores Asociados con la Parálisis Facial posterior a Cirugía de Resección de Tumor de Parótida

Autor: Dr. Andrés Sebastián Palacios Portilla

La Universidad Indoamérica, a través de sus autoridades competentes y del **Docente Tutor de Investigación asignado**, aprueba el presente trabajo de investigación con fines de titulación, al considerar que cumple con los criterios académicos, metodológicos, técnicos y formales requeridos para este tipo de estudio. De igual manera, se reconoce que el contenido desarrollado es pertinente, coherente y suficiente, ya que responde al propósito establecido y se ajusta a los lineamientos institucionales correspondientes. Por tanto, el presente trabajo reúne las condiciones necesarias para continuar con el proceso de revisión y aprobación, conforme a la normativa académica vigente.

Nombre del Docente Tutor de Investigación: Dra. Lucy Baldeón Rojas, MSc, PhD.

Fecha: 14 de junio 2026

Firma:

Cargo	Nombres completos	Título académico:
Docente Tutor de Investigación	Lucy Baldeón Rojas, MD, MSc, PhD	PhD en ciencias Biomédicas MSc, Inmunología MSc, Enf. Infecciosas
Coordinador de la Especialidad	Edwin Guallasamín Chalco, MD	Cirujano Oncólogo
Decano de Posgrados en Salud	Jorge Fabricio González Andrade, MD, PhD	PhD en Medicina y Genética Especialista en Genética Médica Especialista en Medicina Interna
Directora Institucional de Posgrados UTI	Mayra Paucar Samaniego, MSc	Magister en Diseño de Productos Magister en Ingeniería de la energía
Vicerrector Académico y de Vinculación con la Sociedad	Manuel Ignacio Ayala Chauvín, PhD	PhD en Sostenibilidad, MSc en Ingeniería mecánica y equipamiento industrial

Autoridades Académicas

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento, certifico que he leído y conozco las políticas institucionales, guías y manuales de la Universidad Tecnológica Indoamérica, y manifiesto mi conformidad con su contenido. En consecuencia, los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo establecido en dichos documentos. Asimismo, autorizo a la Universidad Tecnológica Indoamérica a realizar la digitalización y publicación de este trabajo en su repositorio virtual, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica de Educación Superior del Ecuador. Los derechos de autor son inalienables, imprescriptibles, irrenunciables e inembargables, de acuerdo con la normativa legal vigente.

Nombres completos: Andrés Sebastián Palacios Portilla

Número de cédula de ciudadanía: 1719682641

Teléfono de contacto: 0998103532

Email personal: sebastianpalacios17@outlook.com

Fecha: 14 de junio 2026

Firma:

Autorización por parte del autor para la consulta, reproducción parcial o total y publicación electrónica del trabajo de titulación

Declaro ser autor del presente trabajo de investigación con fines de titulación, elaborado como requisito para optar al grado de especialista. En tal virtud, autorizo al Sistema de Bibliotecas de la Universidad Indoamérica para que, con fines estrictamente académicos, divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI). Los usuarios del RDI-UTI podrán acceder al contenido de este trabajo mediante las redes de información nacionales e internacionales con las cuales la Universidad mantenga convenios. Asimismo, acepto que los derechos de autor, tanto morales como patrimoniales, sobre esta obra serán compartidos entre mi persona y la Universidad Indoamérica. En consecuencia, me comprometo a no gestionar la publicación de esta obra en ningún otro medio sin la autorización expresa de la Universidad. Esta autorización no implica, en ningún caso, la pérdida de mis derechos como autor, los cuales se mantienen conforme a la normativa legal vigente.

Nombres completos: Andrés Sebastián Palacios Portilla

Número de cédula de ciudadanía: 1719682641

Teléfono de contacto: 0998103532

Email personal: sebastianpalacios17@outlook.com

Fecha: 14 de junio 2026

Firma:

Declaración de autenticidad, originalidad y responsabilidad

Quien suscribe, declara bajo su responsabilidad que los contenidos, análisis, resultados, conclusiones y demás elementos desarrollados en el presente trabajo de investigación con fines de titulación, elaborado como requisito previo para la obtención del título de especialista, son originales, auténticos y personales. Asimismo, certifica que el trabajo ha sido desarrollado de manera íntegra, respetando los principios éticos, académicos y metodológicos exigidos por la Universidad Indoamérica, así como las normas de propiedad intelectual y derechos de autor vigentes. En tal sentido, se deja constancia de que las ideas, teorías, conceptos, datos, textos, gráficos, tablas, imágenes, documentos y demás fuentes utilizadas que no son de autoría propia han sido debidamente citadas y referenciadas conforme a las normas académicas correspondientes. De igual manera, declara que los resultados obtenidos responden al proceso de investigación realizado, al análisis de la información recopilada y a la aplicación de los métodos, técnicas e instrumentos pertinentes para el desarrollo del estudio. Por tanto, dichos resultados no han sido alterados, manipulados ni presentados de manera indebida con el propósito de modificar el sentido o alcance de la investigación. El autor asume plena responsabilidad legal, académica y ética por el contenido del presente trabajo, incluyendo su estructura, fundamentación teórica, metodología, análisis, interpretación de resultados, conclusiones y recomendaciones. En consecuencia, exime a la Universidad Indoamérica y a sus autoridades académicas de cualquier responsabilidad derivada de errores, omisiones, inexactitudes, uso indebido de fuentes, vulneración de derechos de terceros o cualquier otra situación relacionada con la autoría y contenido de la investigación. Finalmente, manifiesta que el presente trabajo no ha sido presentado previamente, en forma total o parcial, para la obtención de otro título académico, grado profesional o reconocimiento institucional, salvo que exista la autorización correspondiente y se haya dejado constancia expresa de ello.

Nombres completos: Andrés Sebastián Palacios Portilla

Número de cédula de ciudadanía: 1719682641

Teléfono de contacto: 0998103532

Email personal: sebastianpalacios17@outlook.com

Fecha: 14 de junio 2026

Firma:

Aclaración para publicación

El presente trabajo de titulación, en su totalidad o en cualquiera de sus partes, no debe ser considerado como una publicación científica, académica o editorial formal, aun cuando se encuentre disponible de manera libre y sin restricciones a través del repositorio institucional de la Universidad Indoamérica. La disponibilidad del documento en el repositorio digital institucional tiene como finalidad principal facilitar su consulta, preservación, difusión académica y acceso para fines investigativos, educativos y de referencia. Sin embargo, dicha disponibilidad no implica que el trabajo haya sido sometido a un proceso editorial, arbitraje académico, revisión por pares o evaluación externa equivalente a la requerida para una publicación científica formal. En este sentido, la inclusión del trabajo en el repositorio institucional no constituye publicación previa ni limita la posibilidad de que su autor, con la autorización correspondiente y de conformidad con la normativa institucional vigente, pueda desarrollar, adaptar o publicar posteriormente artículos científicos, capítulos de libro u otros productos académicos derivados de esta investigación. Esta declaración se alinea con las prácticas y recomendaciones planteadas por el *Committee on Publication Ethics —COPE—*, particularmente en el documento de discusión sobre buenas prácticas relacionadas con la publicación de tesis y trabajos de titulación descrito por Barbour et al. (2017), *Discussion document on best practice for issues around theses publishing*.

Unpublished document

This graduation project, either in whole or in any of its parts, shall not be considered a formal scientific, academic, or editorial publication, even if it is freely and openly available through the institutional repository of Universidad Indoamérica. The availability of this document in the institutional digital repository is intended primarily to facilitate consultation, preservation, academic dissemination, and access for research, educational, and reference purposes. However, such availability does not imply that the work has undergone an editorial process, academic arbitration, peer review, or any external evaluation equivalent to that required for a formal scientific publication. Accordingly, the inclusion of this work in the institutional repository shall not be understood as prior publication, nor shall it limit the author's possibility, with the corresponding authorization and in accordance with current institutional regulations, to subsequently develop, adapt, or publish scientific articles, book chapters, or other academic products derived from this research. This statement is aligned with the practices and recommendations proposed by the Committee on Publication Ethics —COPE—, particularly in the discussion document on best practices regarding theses publishing described by Barbour et al. (2017), *Discussion document on best practice for issues around theses publishing*.

Dedicatoria

Dedico este trabajo científico, en primer lugar, a Dios, por guiar cada paso de mi camino, brindarme fortaleza, sabiduría y perseverancia para alcanzar esta importante meta profesional.

A mis padres, Ricardo Palacios y Lucía Portilla, quienes, con su amor incondicional, sacrificio, paciencia y apoyo constante me han enseñado el valor del esfuerzo, la disciplina y la superación. Gracias por ser mi ejemplo y por creer siempre en mí.

A mis hermanos, Camila Palacios, Willy y Luna, por su cariño, compañía y apoyo incondicional durante cada etapa de este proceso. Su presencia ha sido una fuente permanente de motivación y alegría.

A toda mi familia, por sus consejos, oraciones y palabras de aliento, que me impulsaron a seguir adelante incluso en los momentos más difíciles.

Agradecimientos

Agradezco al Dr. Saúl Lara Paredes, PhD, Fundador y Canciller y Miembro del Consejo de Regentes; al Dr. Janio Jadán PhD, Rector; a Fabricio González-Andrade, MD, PhD, Decano de Posgrados en Salud; Dr. Edwin Guallasamín Coordinador del Programa de la Especialidad; a Dra. Lucy Baldeón Docente Tutor de investigación.

También agradezco a mis profesores Dr. Alfredo Daza, Dra. Karolyn Escalante, Dra. Mayra Molina, Dr. Lauro Landazuri, Dr. Hugo Vivanco; a mis tutores hospitalarios, hoy colegas y amigos: Dr. Leonardo Manzano, Dr. Carlos López. Dr. Oscar Jaramillo y a todo el personal de los establecimientos donde realicé mis rotaciones (Hospital Solca Núcleo Quito, Hospital Carlos Andrade Marín); a mis compañeros del posgrado; a las asistentes administrativas de la Escuela de Especialidades Médicas.

A mi familia, amigos entrañables y a todos aquellos que han contribuido que yo sea una mejor persona.

Contenido

Aprobación de trabajo de titulación	2
© Derechos de Autor	3
Autorización por parte del autor para la consulta, reproducción parcial o total y publicación electrónica del trabajo de titulación	4
Declaración de autenticidad, originalidad y responsabilidad	5
Aclaración para publicación	6
Unpublished document.....	6
Dedicatoria	7
Agradecimientos	8
Resumen.....	11
Abstract	12
Introducción	13
Métodos	15
Población.....	15
Criterios de Inclusión y Exclusión	15
Análisis estadístico	15
Consideraciones éticas	16
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN.....	21
LIMITACIONES	22
CONCLUSIONES	23
REFERENCIAS.....	24
Anexos	27
Aprobación del CEISH respectivo	27
Aprobación del centro de salud	29
Aprobación revista colombiana	31

Índice de tablas

Tabla 1 Características clínicas de los pacientes de acuerdo a la parálisis facial	17
Tabla 2 Características clínicas de los pacientes de acuerdo a la parálisis facial.....	18
Tabla 3 Análisis de regresión logística binaria de variables clínicas en relación a la parálisis facial.	19

Índice de ilustraciones

Ilustración 1 Evolución de la parálisis facial postoperatoria inmediata vs. Seis meses	19
Ilustración 2 Modelo univariado de interacciones para las variables lateralidad, procedimiento y año.....	20

Factores Asociados con la Parálisis Facial posterior a Cirugía de Resección de Tumor de Parótida

Factors Associated with Facial Paralysis Following Parotid Tumor Resection Surgery

Andrés Sebastián Palacios Portilla, MD ¹ , Leonardo Daniel Manzano Pasquel, MD ³ 
, Lucy Baldeón Rojas Ph D^{1,2} 

¹ Posgrado de Cirugía Oncológica, Dirección de Posgrados en Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Indoamérica, Quito, Ecuador.

² Instituto de Investigación en Biomedicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.

³ Servicio de Cirugía Oncológica, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Quito, Ecuador.

Investigación realizada en el Hospital Carlos Andrade Marín, Quito, Ecuador, entre enero de 2018 y diciembre de 2024.

Parálisis facial post-parotidectomía

Post-parotidectomy facial paralysis

Resumen

Antecedentes: La parálisis del nervio facial es una de las complicaciones más relevantes tras la cirugía de la glándula parótida, con impacto funcional y estético. Su incidencia varía según la técnica quirúrgica, las características tumorales y la experiencia del centro. **Métodos:** Estudio analítico retrospectivo en pacientes sometidos a parotidectomía. La función del nervio facial se evaluó en el postoperatorio inmediato y durante el seguimiento a los 6 meses. Se realizó un análisis multivariado para identificar factores independientes asociados. **Resultados:** La incidencia global de parálisis del nervio facial fue del 49,7%, con recuperación funcional significativa en la mayoría de los pacientes a los seis meses. La parotidectomía total se asoció de manera independiente con mayor riesgo, mientras que la parotidectomía superficial tuvo un efecto protector. No se encontró asociación con la edad ni con el tamaño tumoral. Se observó una disminución progresiva de la incidencia en años recientes, sugiriendo un efecto de curva de aprendizaje. **Conclusiones:** La parálisis del nervio facial continúa siendo una complicación frecuente, principalmente relacionada con factores quirúrgicos. Cuando es oncológicamente factible, los abordajes menos extensos pueden reducir el riesgo. La mejoría funcional a lo largo del tiempo resalta la importancia del seguimiento, y estos hallazgos aportan evidencia para optimizar las estrategias quirúrgicas.

DeCS: Descriptores en Ciencias de la salud

1. Parotidectomía
2. Parálisis Facial
3. Neoplasias de la Glándula Parótida
4. Nervio Facial
5. Factores de Riesgo
6. Complicaciones Postoperatorias
7. Procedimientos Quirúrgicos Operativos

Abstract

Background: Facial nerve paralysis is one of the most relevant complications following parotid gland surgery, with functional and aesthetic impact. Its incidence varies according to surgical technique, tumor characteristics, and institutional experience.

Methods: A retrospective analytical study was conducted in patients who underwent parotidectomy. Facial nerve function was assessed in the immediate postoperative period and during follow-up at 6 months. A multivariate analysis was performed to identify independent associated factors.

Results: The overall incidence of facial nerve paralysis was 49.7%, with significant functional recovery in most patients at six months. Total parotidectomy was independently associated with a higher risk, while superficial parotidectomy had a protective effect. No association was found with age or tumor size. A progressive decrease in incidence was observed in recent years, suggesting a learning curve effect.

Conclusions: Facial nerve paralysis remains a frequent complication, mainly related to surgical factors. When oncologically feasible, less extensive approaches may reduce the risk. Functional improvement over time highlights the importance of follow-up, and these findings provide evidence to optimize surgical strategies.

Keyword: Descriptores MeSH (Medical Subject Headings)

1. Parotidectomy
2. Facial Paralysis
3. Parotid Neoplasms
4. Facial Nerve
5. Risk Factors
6. Postoperative Complications
7. Retrospective Studies

Introducción

Los tumores de las glándulas salivales constituyen un grupo poco frecuente de neoplasias dentro de la patología de cabeza y cuello, con una incidencia estimada de 2 a 3 casos por cada 100.000 habitantes por año (1,2,3). La glándula parótida es el sitio anatómico más afectado, concentrando entre el 70–80 % de estas neoplasias, de las cuales cerca del 75–80 % son de naturaleza benigna (4,5). En Latinoamérica, y particularmente en Ecuador, la información epidemiológica específica es limitada, con ausencia de registros nacionales detallados enfocados exclusivamente en tumores de glándulas salivales, lo que resalta la necesidad de estudios locales que caractericen su comportamiento clínico (2,6).

Aunque una proporción considerable corresponde a lesiones benignas, el abordaje terapéutico continúa siendo principalmente quirúrgico, debido al riesgo de crecimiento progresivo, transformación maligna y compromiso de estructuras adyacentes (5,7,8). En este contexto, la parotidectomía se mantiene como el procedimiento de elección y constituye una intervención habitual en la cirugía de cabeza y cuello (1,9).

La estrecha relación anatómica entre la glándula parótida y el nervio facial (VII par craneal) convierte a la parotidectomía en un desafío técnico de gran relevancia (10,11). La preservación de la función del nervio facial constituye un objetivo primordial, ya que su lesión puede ocasionar parálisis facial con repercusiones funcionales, estéticas y psicosociales significativas (4,12). La disfunción del nervio facial es considerada la complicación más trascendente de la cirugía parotídea, lo que ha motivado múltiples investigaciones orientadas a identificar factores asociados a su aparición (4,9). La parálisis facial transitoria se define como aquella con recuperación completa de la función nerviosa en un período de hasta 6 meses, atribuida principalmente a neuropraxia secundaria a manipulación quirúrgica o edema; en contraste, la parálisis permanente se establece cuando no existe recuperación funcional tras un período mayor a 6–12 meses, usualmente asociada a lesión axonal severa o sección del nervio (9,12,13)

La incidencia de disfunción del nervio facial posterior a la cirugía de parótida varía ampliamente en la literatura, con tasas que oscilan entre 20 % y 65 %, dependiendo del tipo de tumor, la extensión quirúrgica y la experiencia del cirujano (5,13). Diversos estudios recientes, incluyendo series institucionales y cohortes multicéntricas, reportan que aproximadamente entre el 20 % y 30 % de los pacientes presentan algún grado de parálisis facial postoperatoria (5,7,9). La mayoría de los casos corresponden a parálisis transitoria, con prevalencias reportadas entre el 60 % y 90 % según diferentes series clínicas, mientras que la parálisis permanente se presenta en un menor porcentaje, generalmente entre el 1 % y 7 % de los casos (9,13,14).

Entre los factores clínicos descritos en la literatura, el tamaño tumoral ha sido considerado como un posible determinante de la función del nervio facial. Tumores de mayor volumen podrían distorsionar la anatomía normal de la glándula parótida y dificultar la identificación del nervio facial durante la disección quirúrgica (7,15). No obstante, la evidencia respecto a su impacto es inconsistente. Diversos estudios no han encontrado una asociación significativa entre el tamaño tumoral y la aparición de

parálisis facial postoperatoria, sugiriendo que otros factores, como la localización tumoral o la extensión del procedimiento quirúrgico, podrían tener un papel más relevante en la disfunción nerviosa (9,13,16). Por ello, su papel como factor predictivo permanece controvertido y requiere mayor investigación, especialmente en poblaciones locales.

El tipo de procedimiento quirúrgico constituye un factor determinante en la preservación de la función del nervio facial (17). Procedimientos más extensos, como la parotidectomía total, implican la resección completa de la glándula parótida, incluyendo el lóbulo superficial y profundo, lo que requiere una disección más amplia y una mayor manipulación del nervio facial; en contraste, la parotidectomía superficial se limita al lóbulo superficial, con menor exposición y manipulación de las ramas nerviosas (1,4). Estas diferencias técnicas, incrementan el riesgo de disfunción postoperatoria en procedimientos más extensos (9,13). Diversos estudios han demostrado que la extensión quirúrgica se asocia de manera significativa con la probabilidad de paresia facial, especialmente en contextos donde existe compromiso del lóbulo profundo o necesidad de resecciones más radicales (9,13).

Por otro lado, la lateralidad del tumor no ha mostrado una relación consistente con la aparición de parálisis facial; sin embargo, puede influir en aspectos técnicos intraoperatorios, como la exposición del campo quirúrgico y la identificación de las ramas del nervio facial, lo que podría condicionar la complejidad del procedimiento en determinados casos (4,9).

Adicionalmente, la experiencia del cirujano y el volumen quirúrgico del centro hospitalario han sido descritos como factores clave en los resultados funcionales postoperatorios. Se ha observado que cirujanos con mayor experiencia en cirugía parotídea, así como instituciones de alto volumen, presentan menores tasas de lesión del nervio facial, probablemente debido a una mejor identificación anatómica, mayor destreza técnica y uso más sistemático de estrategias de preservación nerviosa (5,13). En este contexto, los centros de referencia con equipos especializados tienden a reportar mejores desenlaces funcionales en comparación con instituciones de menor volumen quirúrgico (10,11). Estudios realizados en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín han descrito la incidencia y características clínicas de la parálisis facial posterior a parotidectomía, aportando información relevante sobre la experiencia institucional (7). Sin embargo, estos estudios se han centrado principalmente en la descripción de la frecuencia y severidad de la parálisis facial, con una evaluación limitada de los factores asociados. En este contexto, el presente estudio amplía esta evidencia mediante un enfoque analítico que incorpora modelos de regresión multivariada para la identificación de factores clínicos y quirúrgicos asociados, así como la evaluación de la evolución temporal de la parálisis facial, permitiendo una mejor comprensión de los determinantes de esta complicación en nuestra población.

Métodos

Población

Se realizó un estudio observacional analítico retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes sometidos a parotidectomía en el Hospital Carlos Andrade Marín (Quito, Ecuador), entre enero de 2018 y diciembre de 2024. Se identificaron 147 pacientes, de los cuales se incluyeron 127 en el análisis, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión y Exclusión

El estudio incluyó a pacientes adultos (≥ 18 años) con diagnóstico histopatológico confirmado de tumor parotídeo, sometidos a cirugía entre 2018 y 2024 y con registros clínicos completos sobre la función del nervio facial en el periodo pre y postoperatorio. Se excluyeron aquellos con parálisis facial previa a la cirugía, patologías inflamatorias o no tumorales de la glándula parótida, así como historias clínicas incompletas o sin datos relevantes.

La función del nervio facial se evaluó a partir de los registros clínicos preoperatorios y postoperatorios consignados en la historia clínica. La disfunción del nervio facial se clasificó según la presencia de alteraciones motoras faciales, utilizando la escala de House-Brackmann, (5,18). Se consideró disfunción temporal cuando existió debilidad o paresia facial posterior a la cirugía con recuperación documentada durante el seguimiento clínico, y disfunción permanente cuando la alteración funcional persistió en controles posteriores sin evidencia de recuperación completa pasado los 6 meses de seguimiento. El tamaño tumoral se consideró a la suma total de los diámetros longitudinales, trasverso y anteroposterior. La localización tumoral se registró según el compromiso anatómico de la glándula parótida, clasificándose en lóbulo superficial o lóbulo profundo, con base en la descripción quirúrgica y el informe anatomopatológico definitivo.

La parotidectomía superficial se realizó en tumores confinados al lóbulo superficial de la glándula parótida, sin evidencia de infiltración profunda ni compromiso del nervio facial. Por otro lado, la parotidectomía total se indicó en casos con compromiso del lóbulo profundo, tumores de gran tamaño con distorsión anatómica significativa, o cuando se requería una resección más amplia para lograr márgenes oncológicos adecuados. La lateralidad del tumor se consignó como derecha o izquierda según el lado comprometido. El tipo histológico se obtuvo del informe final de anatomía patológica posterior a la resección tumoral.

Análisis estadístico

El procesamiento de los datos se realizó con el software SPSS (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Se efectuó un análisis descriptivo de las variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas, y de las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y dispersión, según su distribución. La asociación entre la presencia de

parálisis facial (inmediata) y las variables categóricas se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrado. En los casos con más de dos categorías se aplicaron análisis post hoc con residuos estandarizados ajustados y corrección de Bonferroni. Para las variables cuantitativas se utilizaron pruebas paramétricas (t de Student) o no paramétricas (U de Mann–Whitney), de acuerdo con la verificación de supuestos de normalidad.

Posteriormente, se aplicó regresión logística binaria para identificar factores asociados con la disfunción del nervio facial, ajustando por covariables clínicas, previamente significantes en el análisis de asociación. Los resultados se expresaron como odds ratios (OR) con intervalos de confianza al 95%, se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. Finalmente se usó un modelo univariado y multivariado para conocer la interacción en el tiempo (inmediato y seis meses) de las variables consideradas como factores de riesgo.

Consideraciones éticas

Este estudio se realizó en cumplimiento de los principios éticos establecidos en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, garantizando la confidencialidad de la información y la aprobación por el comité de ética institucional correspondiente. Además, contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Técnica de Manabí bajo el código CEISH-UTM-EXT_25-12-02_ASPP. La confidencialidad y anonimización de los datos se aseguraron mediante la asignación de códigos alfanuméricos. Los autores declaran no tener conflictos de interés y que el estudio no recibió fuentes de financiación externas. No se emplearon tecnologías asistidas con Inteligencia Artificial. En cuanto a las contribuciones de autoría, el primer autor participó en la concepción y diseño del estudio, adquisición de datos, análisis e interpretación de resultados y redacción inicial del manuscrito; el segundo autor contribuyó en el análisis de datos, interpretación de resultados y revisión crítica del texto; y el tercer autor colaboró en el diseño metodológico, adquisición parcial de datos, revisión crítica y supervisión académica. Todos los autores aprobaron la versión final y se responsabilizan públicamente por el contenido del artículo, en concordancia con los criterios del ICMJE.

RESULTADOS

Se evaluó la parálisis facial (presencia) o preservación del nervio facial (ausencia) en un total de 127 pacientes sometidos a la resección de tumor de parótida, en el período del estudio 2018 - 2024. La edad del paciente no presentó una asociación significativa, sin embargo, se observó un mayor porcentaje de parálisis facial en el grupo de edad de 30 a 59 años (52.8%). El tamaño tumoral, tampoco presentó significancia en cuanto a la presencia o ausencia de parálisis facial.

Se evaluó la asociación entre el año de la cirugía y la presencia de parálisis facial. En el período 2018–2019 no se observó una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.089$). En contraste, durante 2020–2021 se evidenció una asociación significativa ($p = 0.009$), con una prevalencia de parálisis facial del 15.1%. Asimismo, en 2024 se registró una prevalencia del 29.7. En la distribución según el grado de parálisis facial, el 58.3% de

los pacientes presentó grado I (función facial normal), el 18.1% grado II (disfunción leve), el 13.4% grado III (disfunción moderada), el 9.4% grado IV (disfunción moderadamente severa) y el 0.8% grado V (disfunción severa). Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre los grados II–V y la presencia de parálisis facial ($p = <0.0001$) (Tabla 1).

Tabla 1 Características clínicas de los pacientes de acuerdo a la parálisis facial

Variable		Parálisis Facial		p value
		Ausente (n=74)	Presente (n=53)	
Edad	<30	5 (6.8)	6 (11.3)	0.666
	30-59	41 (55.4)	28 (52.8)	
	>60	28 (37.8)	19 (35.8)	
Tamaño del tumor	Diámetro longitudinal	3.9 ± 1.6	4.1 ± 1.9	0.568
	Diámetro transversal	2.9 ± 1.1	3.0 ± 1.3	0.604
	Diámetro anteroposterior	1.5 ± 0.7	1.5 ± 0.5	0.978
	Tamaño tumoral total	8.6 ± 2.8	8.9 ± 3.7	0.578
Año de cirugía	2018-2019	35 (47.3)	33 (62.3)	0.002 2018-2019 $p=0.089$, 2020-2021 $p=0.009$, 2022-2023 $p=0.48$, 2024 $p=0.002$
	2020-2021	2 (2.7)	8 (15.1)	
	2022-2023	15 (20.3)	8 (15.1)	
	2024	22 (29.7)	4 (7.5)	
Lateralidad	Derecha	30 (40.5)	35 (66)	0.005 Derecha (+) Izquierda (-)
	Izquierda	44 (59.5)	18 (34)	
Grado de parálisis facial	Grado I	74 (100)	0 (0)	<0.0001 Grado I (-) Grado II, III y IV (+)
	Grado II	0 (0)	23 (43.4)	
	Grado III	0 (0)	17 (32.1)	
	Grado IV	0 (0)	12 (22.6)	
	Grado V	0 (0)	1 (1.9)	
Parálisis facial post quirúrgico (6 meses)	Ausente	71 (95.9)	38 (71.7)	0.0001 Ausente (-) Presente (+)
	Presente	3 (4.1)	15 (28.3)	
Procedimiento	Parotidectomía superficial	65 (87.8)	38 (71.7)	0.021 Parotidectomía superficial (-) Parotidectomía total (+)
	Parotidectomía total	9 (12.2)	15 (28.3)	

Los datos se presentan como frecuencias y porcentajes por columna. Los residuos estandarizados se indican con “+” cuando la categoría se asocia significativamente con la presencia de parálisis facial y con “-” cuando se relaciona con la preservación del nervio facial. **Fuente:** Elaboración propia.

La lateralidad derecha de tumor mostró una asociación significativa con parálisis facial ($p=0.005$), mientras que la lateralidad izquierda se asoció significativamente con la preservación del nervio facial ($p= 0.005$) (Tabla 1).

La parotidectomía total se realizó en el 18.9% de los pacientes y se asoció de manera significativa con la aparición de parálisis facial ($p = 0.021$). Por su parte, la parotidectomía superficial se llevó a cabo en el 81.1% de los casos y mostró una

asociación significativa con la preservación del nervio facial ($p = 0.021$) (Tabla 1). Las variables clínicas adicionales evaluadas en el análisis, que no mostraron asociación estadísticamente significativa, se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2 Características clínicas de los pacientes de acuerdo a la parálisis facial.

Variable		Parálisis Facial		p value
		Ausente (n=74)	Presente (n=53)	
Sexo	Masculino	28 (37.8)	26 (49.1)	0.207
	Femenino	46 (62.2)	27 (50.9)	
PAAF	Benigno	58 (78.4)	33 (62.3)	0.241
	Maligno	7 (9.5)	9 (17)	
	Indeterminado	7 (9.5)	7 (13.2)	
Diagnóstico patológico	Benigno	62 (83.8)	36 (67.9)	0.053
	Maligno	6 (8.1)	12 (22.6)	0.021 (-) B
	Negativo	5 (6.8)	5 (9.4)	0.021 M
Cirujano	Alto	62 (83.8)	47 (88.7)	0.649
	Intermedio	11 (20.8)	5 (9.4)	
	Bajo	1 (1.4)	1 (1.9)	
Estadio patológico	I	0 (0)	2 (3.8)	0.102
	II	1 (1.4)	3 (5.7)	
	III	2 (2.7)	4 (7.5)	
	IVA	2 (2.7)	3 (5.7)	
	Lesiones benignas	69 (93.2)	41 (77.4)	
Vaciamiento cervical	Ausencia de ganglios sospechosos	70 (94.6)	48 (90.6)	0.415
	Vaciamiento supraomohioideo	3 (4.1)	4 (7.5)	
	Vaciamiento lateral	0 (0)	1 (1.9)	
	Vaciamiento radical modificado	1 (1.4)	0 (0)	
Número de ganglios		2 ± 3	3 ± 12	0.455
Síndrome de Frey	Ausente	72 (97.3)	51 (96.2)	0.733
	Presente	2 (2.7)	2 (3.8)	
Síndrome de Frey post quirúrgico	Ausente	72 (97.3)	51 (96.2)	0.733
	Presente	2 (2.7)	2 (3.8)	

Los datos se presentan como frecuencias y porcentajes por columna. Los residuos estandarizados se indican con “+” cuando la categoría se asocia significativamente con la presencia de parálisis facial y con “-” cuando se relaciona con la preservación del nervio facial. Abreviatura B: Benigno, M: Maligno. **Fuente:** Elaboración propia.

Mediante regresión logística se analizaron las variables con significancia estadística para identificar factores de riesgo asociados a parálisis facial, evidenciándose asociación significativa con el tipo de procedimiento quirúrgico, el año de intervención y la lateralidad. El análisis mostró que la parotidectomía superficial se comportó como un factor protector frente a la parálisis facial (OR = 0.351; $p = 0.025$; IC 95%: 0.140–0.879). En relación con el año quirúrgico, se observó un incremento significativo del riesgo en los pacientes intervenidos en 2020–2021 (OR = 22.567; $p = 0.001$; IC 95%: 3.379–150.734), seguido del período 2018–2019 (OR = 5.45; $p = 0.009$; IC 95%: 1.52–19.570).

Asimismo, la lateralidad derecha se identificó como un factor de riesgo independiente para parálisis facial (OR = 2.852; IC 95%: 1.369–5.961) (Tabla 3).

Tabla 3 Análisis de regresión logística binaria de variables clínicas en relación a la parálisis facial.

Variable		B	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Procedimiento	Parotidectomía superficial	-1.048	0.025	0.351	0.140	0.879
Año	2018-2019	1.696	0.009	5.450	1.518	19.570
	2020-2021	3.116	0.001	22.567	3.379	150.734
	2022-2023	1.080	0.128	2.946	0.734	11.822
Lateralidad	Derecha	1.048	0.005	2.852	1.369	5.941

La tabla muestra los resultados del análisis de regresión logística para parálisis facial post-parotidectomía. Se presentan los coeficientes B, significancia estadística (Sig.), razón de momios (Exp(B)) y sus intervalos de confianza al 95%. Un valor de Exp(B) > 1 indica mayor riesgo de parálisis facial, mientras que Exp(B) < 1 corresponde a un efecto protector. **Fuente:** Elaboración propia.

En el modelo multivariado ajustado, los periodos de la realización de cirugía y la lateralidad derecha se mantuvieron como factores de riesgo independientes, mientras que la parotidectomía superficial se confirmó como factor protector.

Al evaluar la parálisis facial a los 6 meses de la cirugía, se observó una disminución significativa ($p=0.0001$) a 28.3% (Tabla1). Al profundizar el análisis de la parálisis facial de forma global en el tiempo se observó una reducción significativa ($p<0.001$) en la proporción de pacientes afectados por parálisis facial, pasando de 41.7% en la evaluación inmediata a 14.2% a los 6 meses. (Figura 1A). Cuando se analizó la tendencia temporal se observó un incremento significativo en el periodo 2020–2021 (80%), seguido de una disminución progresiva en los años posteriores, alcanzando 15.4% en 2024 ($p=0.003$) (Figura 1B).

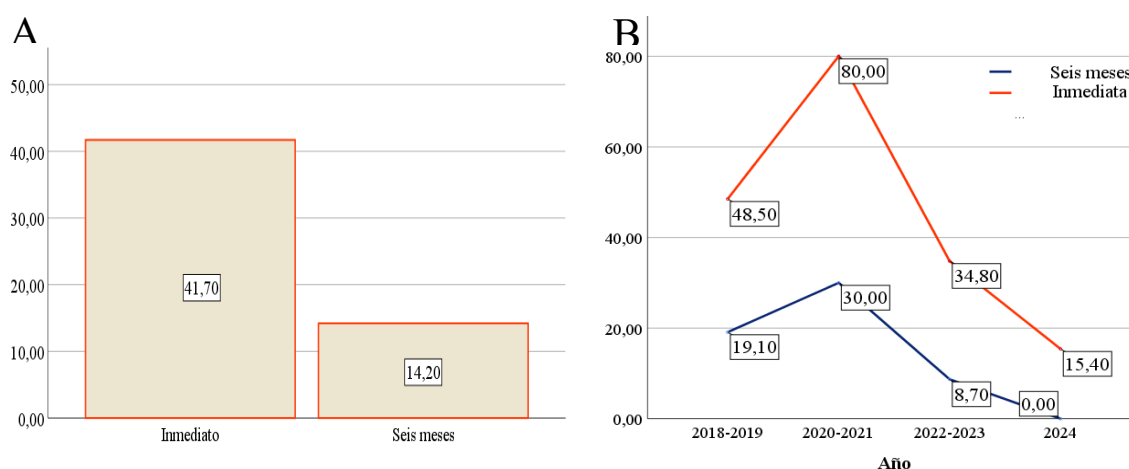


Ilustración 1 Evolución de la parálisis facial postoperatoria inmediata vs. Seis meses

A) Comparación global. B) Comparación temporal.

Nota: En la figura 1B, los porcentajes fueron calculados para cada año agrupado, el porcentaje restante que no se muestra corresponde a los pacientes con preservación del nervio facial. Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente, se realizó un análisis de las interacciones entre las variables consideradas como factores de riesgo (Tabla 3). Se evidenció una disminución significativa de la parálisis facial entre el postoperatorio inmediato y los seis meses ($F = 27.899$, $p < 0.001$), lo que confirma una mejoría temporal consistente en toda la cohorte.

En relación con la lateralidad, se identificaron diferencias significativas ($F = 17.012$, $p < 0.001$), observándose una mayor afectación del lado derecho. No obstante, la interacción entre la temporalidad y la lateralidad no alcanzó significación estadística, lo que sugiere que la evolución clínica fue paralela en ambos lados a lo largo del tiempo (Figura 2A).

La Figura 2. muestra una disminución consistente de la parálisis facial desde el postoperatorio inmediato hasta los seis meses en todos los análisis, lo que confirma una mejoría temporal en la cohorte. El lado derecho presentó mayor afectación que el izquierdo, aunque ambos muestran una evolución paralela en el tiempo, en concordancia con la ausencia de interacción significativa entre temporalidad y lateralidad (Figura 2A).

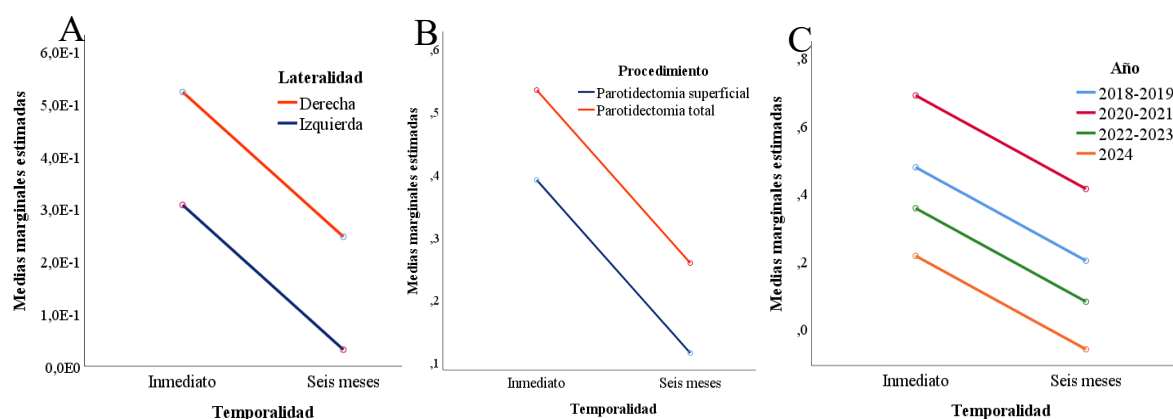


Ilustración 2 Modelo univariado de interacciones para las variables lateralidad, procedimiento y año.

Se representó la variable Temporalidad (inmediato vs. seis meses) en el eje X y las medias marginales estimadas en el eje Y. (A) Comparación según lateralidad (derecha vs. izquierda). (B) Comparación según tipo de procedimiento (parotidectomía superficial vs. total). (C) Comparación según año de realización (2018–2019, 2020–2021, 2022–2023 y 2024). Fuente: Elaboración propia.

Respecto al tipo de procedimiento la parotidectomía total se asoció con una mayor frecuencia de parálisis facial en comparación con la superficial ($F = 4.414$, $p = 0.038$) (Figura 2B),. Aunque este valor de F es menor en magnitud, mantiene significación estadística. No obstante, la interacción Temporalidad $\times$ Procedimiento no fue significativa, lo que indica que ambos grupos presentaron trayectorias de mejoría similares durante el seguimiento.

Finalmente, en el panel C, el análisis por año de agrupación evidenció diferencias significativas en los niveles de parálisis facial ($F = 8.370$, $p < 0.001$), reflejando variaciones en los niveles iniciales de afectación entre los periodos evaluados. Sin embargo, la interacción Temporalidad $\times$ Año no alcanzó significación estadística, lo que sugiere que la reducción de la parálisis facial fue homogénea en el tiempo en todos los grupos, independientemente del año de intervención.

DISCUSIÓN

La parálisis del nervio facial posterior a la resección de tumores de la glándula parótida continúa siendo una complicación relevante, incluso en el contexto de refinamientos técnicos y mayor experiencia quirúrgica. En nuestra cohorte, la incidencia global fue del 49.7%, cifra que se ubica dentro del rango descrito en la literatura internacional (20–65%) (5,13). No obstante, el valor observado se sitúa en el extremo superior de dicho rango, lo cual podría explicarse por varios factores. En primer lugar, la inclusión de parálisis faciales leves (grados II–III de House-Brackmann) incrementa la frecuencia reportada en comparación con estudios que consideran únicamente déficits clínicamente más severos. En segundo lugar, la evaluación en el postoperatorio inmediato tiende a sobreestimar la incidencia real de secuelas permanentes, dado el carácter transitorio de muchas lesiones por neuropraxia. Finalmente, factores institucionales, como el perfil de complejidad de los casos atendidos en centros de referencia, podrían contribuir a una mayor incidencia observada (19,20).

El tipo de procedimiento quirúrgico se identificó como un factor significativamente asociado a la parálisis facial. La parotidectomía total mostró mayor riesgo, mientras que la parotidectomía superficial se comportó como un factor protector independiente, en concordancia con la literatura (1,9,13). Sin embargo, este hallazgo debe interpretarse considerando la posible presencia de confusión por indicación, ya que los procedimientos más extensos suelen reservarse para tumores de mayor tamaño, localización profunda o sospecha de malignidad, condiciones que por sí mismas incrementan la complejidad quirúrgica y el riesgo de lesión nerviosa. En este sentido, el tipo de cirugía podría actuar como un marcador indirecto de la complejidad tumoral más que como un factor causal aislado, lo cual ha sido descrito en estudios recientes que destacan la importancia de variables anatómicas y oncológicas en la preservación del nervio facial (21,22).

La asociación entre la lateralidad derecha y un mayor riesgo de parálisis facial constituye un hallazgo exploratorio que debe interpretarse con cautela. La evidencia disponible no ha demostrado una relación consistente entre la lateralidad y la disfunción del nervio facial, por lo que este resultado podría estar influenciado por factores no medidos, como la dominancia manual del cirujano, diferencias en la exposición quirúrgica o una distribución desigual de casos complejos entre ambos lados. Asimismo, no puede descartarse que se trate de un hallazgo al azar, especialmente en estudios con tamaño muestral limitado, por lo que su validez deberá ser confirmada en futuras investigaciones (23).

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio fue la variabilidad en la incidencia de parálisis facial según el año de cirugía, con un incremento significativo en el periodo

2020–2021 seguido de una reducción progresiva en los años posteriores. Este comportamiento podría estar relacionado con múltiples factores contextuales. La pandemia por COVID-19 pudo haber influido en la selección de casos quirúrgicos, priorizando tumores más avanzados o complejos, así como en la dinámica de los equipos quirúrgicos y la disponibilidad de recursos. Adicionalmente, la disminución observada en años recientes podría reflejar una curva de aprendizaje institucional y una optimización progresiva de las técnicas quirúrgicas y estrategias de preservación nerviosa, fenómeno previamente descrito en centros de alto volumen (20,24).

En contraste, variables como la edad y el tamaño tumoral no mostraron asociación significativa con la disfunción del nervio facial. Si bien estos hallazgos son consistentes con estudios previos (9,13,16), es importante considerar que el tamaño tumoral, medido como dimensión lineal, puede no reflejar adecuadamente la complejidad quirúrgica. Factores como la localización en el lóbulo profundo, la relación directa con el nervio facial o la infiltración de estructuras adyacentes podrían tener un mayor impacto en el riesgo de lesión nerviosa que el volumen tumoral per se. Asimismo, la ausencia de variables clave como el tipo histológico, el uso de neuromonitorización intraoperatoria o detalles técnicos de la disección limita la capacidad de interpretar completamente estos resultados (21,25).

Un aspecto relevante fue la reducción significativa de la parálisis facial a los seis meses, lo que evidencia una recuperación funcional en una proporción importante de pacientes. Este comportamiento es consistente con la fisiopatología de la neuropraxia, donde la alteración funcional es secundaria a manipulación quirúrgica o edema, con tasas de recuperación que pueden alcanzar hasta el 80–90% en diferentes series (13,9,14). En este contexto, la evaluación en el postoperatorio inmediato puede sobreestimar la incidencia de secuelas permanentes, lo que resalta la importancia de incorporar el seguimiento clínico en la valoración de los desenlaces funcionales (22).

Desde una perspectiva clínica, la identificación de factores potencialmente modificables, como la extensión del procedimiento quirúrgico, tiene implicaciones directas en la planificación preoperatoria y en la toma de decisiones individualizada. Asimismo, la evidencia de recuperación funcional en la mayoría de los casos permite un adecuado asesoramiento a los pacientes respecto al pronóstico. Entre las fortalezas del presente estudio destacan el análisis multivariado de factores asociados y la evaluación evolutiva a seis meses, lo cual aporta información relevante en una población local poco representada en la literatura. No obstante, futuros estudios prospectivos que incluyan variables intraoperatorias detalladas y el uso sistemático de neuromonitorización serán fundamentales para optimizar la comprensión de los determinantes de la parálisis facial postoperatoria (24,25).

LIMITACIONES

Este estudio presenta limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo, incluyendo posibles sesgos de selección y la dependencia de la calidad de los registros clínicos. Asimismo, no se incluyeron variables intraoperatorias específicas que podrían influir en los desenlaces, como detalles técnicos de la disección o el uso sistemático de monitoreo nervioso.

CONCLUSIONES

La parálisis facial posterior a la resección de tumores de la glándula parótida constituye una complicación frecuente en el postoperatorio inmediato; no obstante, en la mayoría de los casos presenta una evolución favorable, con recuperación funcional significativa a los seis meses, lo que sugiere un claro predominio de lesiones transitorias. El tipo de procedimiento quirúrgico emerge como el principal determinante de su aparición, evidenciándose que la parotidectomía total incrementa significativamente el riesgo de disfunción del nervio facial, mientras que la parotidectomía superficial se comporta como un factor protector independiente.

Adicionalmente, la lateralidad derecha se identificó como un factor de riesgo, hallazgo que podría estar relacionado con variaciones técnicas intraoperatorias o condiciones anatómicas, y que amerita una exploración más detallada en futuros estudios. En contraste, variables como la edad y el tamaño tumoral no mostraron asociación significativa con este desenlace, lo que refuerza el papel central de los factores quirúrgicos en la determinación de los resultados funcionales.

En conjunto, estos hallazgos subrayan la importancia de la planificación quirúrgica y la técnica operatoria como elementos clave para minimizar la morbilidad neurológica y optimizar la recuperación funcional en pacientes sometidos a cirugía parotídea.

REFERENCIAS

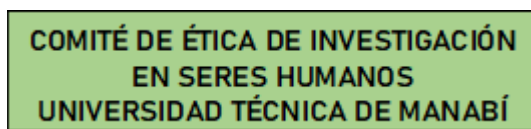
1. Kumar P, Gupta A, Aggarwal N, Vijay S, Kumar P. Incidence and possible predictive factors of facial nerve paralysis after superficial parotidectomy for benign tumours: our experience. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2023;75(3):2000–5. <https://doi.org/10.1007/s12070-023-03690-9>
2. Galdirs TM, Kappler M, Eckert A. Current aspects of salivary gland tumors – a systematic review of the literature. *GMS Interdiscip Plast Reconstr Surg DGPW.* 2019;8:Doc12. <https://doi.org/10.3205/iprs000138>
3. Rojas-Gómez S, González MF, Rojas-Gómez MC, Ariza AM, Vazconez J, Sánchez de Guzmán G. Manejo quirúrgico de tumores benignos de la glándula parótida: experiencia de una década en un hospital universitario. *Rev Colomb Cir.* 2026;41:486-93. <https://doi.org/10.30944/20117582.2927>
4. Głuszkiewicz E, Sowa P, Zieliński M, Adamczyk-Sowa M, Misiołek M, Ścierański W. Prospective assessment of risk factors influencing facial nerve paresis in patients after surgery for parotid gland tumors. *Medicina (Kaunas).* 2022;58(12):1726. <https://doi.org/10.3390/medicina58121726>
5. Warda A, Radomska K, Pietruszewska W, Olejniczak I, Stodulski D, Mikaszewski B, et al. Facial nerve palsy in parotid gland surgery: a comprehensive analysis of incidence, severity, duration, and risk factors. *J Craniomaxillofac Surg.* 2026;54(6):104497. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2026.104497>
6. Bray F, Laversanne M, Weiderpass E, Soerjomataram I. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Cancer.* 2021;127(16):3029–30. <https://doi.org/10.1002/cncr.33587>
7. Otanez ES, Fernandez Trokhimtchouk T, Semanate F, Palacios C. Incidence of facial nerve paralysis after parotidectomy: our experience. *Cureus.* 2024;16(2):e55045. <https://doi.org/10.7759/cureus.55045>
8. Jaramillo JC, Esquivel AM, Cuello G, Holguín JA, Echandía C. Caracterización de un grupo de pacientes atendidos por masa parotídea en una institución de tercer nivel. *Acta Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello.* 2018;46(2):144-9. <https://doi.org/10.37076/acorl.v46i2.105>
9. Albosaily A, Aldrees T, Doubi A, Aldhwaihy L, Al-Gazlan NS, Alessa M, et al. Factors associated with facial weakness following surgery for benign parotid disease: a retrospective multicenter study. *Ann Saudi Med.* 2020;40(5):408–14. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2020.408>
10. Sajisevi M. Indications for facial nerve monitoring during parotidectomy. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2021;33(2):279-87. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2021.02.001>

11. Zhao Y, Chen H, Xue S, Feng G. Intraoperative facial nerve monitoring in parotidectomy: A systematic review of its predictive value. *J Int Med Res.* 2025;53(12):03000605251403833. <https://doi.org/10.1177/03000605251403833>
12. Kim SJ, Lee HY. Acute peripheral facial palsy: recent guidelines and a systematic review of the literature. *J Korean Med Sci.* 2020;35(30):e245. <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e245>
13. Siddiqui AH, Shakil S, Rahim DU, Shaikh IA. Post parotidectomy facial nerve palsy: a retrospective analysis. *Pak J Med Sci.* 2020;36(2):126–30. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.2.1706>
14. Mortensen NB, Bjørndal K. The risk of facial nerve palsy after benign parotidectomy. A quality project. *Acta Otolaryngol.* 2024;144(3):250-4. <https://doi.org/10.1080/00016489.2024.2336557>
15. Moussa HR, Mlees MA, Abdelhamid AF. Incidence and risk factors of facial nerve palsy after parotidectomy for benign parotid diseases. *Egypt J Surg.* 2022;41(2):556–62. DOI: 10.4103/ejs.ejs_138_21
16. Cirignaco G, Monarchi G, Betti E, Paglianiti M, Catarzi L, Tel A, et al. Outcome of facial nerve integrity after parotid gland surgery with and without intraoperative monitoring: a ten-year retrospective study. *J Clin Med.* 2025;14(4):41156. <https://doi.org/10.3390/jcm14041156>
17. Bittar RF, Ferraro HP, Ribas MH, Lehn CN. Facial paralysis after superficial parotidectomy: analysis of possible predictors of this complication. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2016;82(4):447-51. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.08.024>
18. Stanković P, Hoch S, Stuck BA, Wilhelm T. Continuous intraoperative neuromonitoring of the facial nerve predicts postoperative facial palsy in parotid surgery: a prospective study. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2024;281(3):1235-43. <https://doi.org/10.1007/s00405-023-08384-0>
19. Chiesa-Estomba CM, Larruscain-Sarasola E, Lechien JR, Mouawad F, Calvo-Henriquez C, Diom ES, Ramirez A, Ayad T. Facial nerve monitoring during parotid gland surgery: a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2021;278(4):933-43. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06188-0>
20. Molinari G, Calvaruso F, Barbazza A, Vanelli E, Nizzoli F, Reggiani E, Guidotti M, Borghi A, Marchioni D, Presutti L, Fernandez IJ. Patterns and timing of recovery from facial nerve palsy after nerve-sparing parotid surgery: the role of neuromuscular retraining. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2024;281(10):5465-72. <https://doi.org/10.1007/s00405-024-08758-y>

21. Ruas JJ, Rodrigues J, Ribeiro M, Pinto Moura C. Facial nerve dysfunction following parotidectomy: role of intraoperative facial nerve monitoring. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2023;280(3):1479-84. <https://doi.org/10.1007/s00405-022-07720-0>
22. De Campora L, Atturo F, De Luca P, Muller M, Radici M, Camaioni A, de Campora E. Impact of surgeon's experience and tumor's nature in the use of intraoperative facial nerve monitoring in superficial parotidectomy: preliminary results from a single-center retrospective analysis. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* <https://doi.org/10.1007/s12070-024-04552-8>
23. Ahn D, Kwak JH, Kim GJ, Kim H, Lee DW, Cho KJ. Intraoperative facial nerve monitoring during parotidectomy: the current practices and patterns of the Korean Society of Head and Neck Surgery (KSHNS). *Diagnostics.* 2024;14(20):2277. <https://doi.org/10.3390/diagnostics14202277>
24. Salih AM, Baba HO, Saeed YA, Muhialdeen AS, Kakamad FH, Mohammed SH, Hammood ZD, Salih KM, Salih RQ, Hussein DA, Hassan HA. Pattern of facial nerve palsy during parotidectomy: a single-center experience. *J Int Med Res.* 2022;50(7):03000605221108930. <https://doi.org/10.1177/03000605221108930>
25. Schneider JS, Dinges J, Hildenbrand T, Guntinas-Lichius O. Facial nerve monitoring in parotid surgery: a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2021;278(3):933–43. <https://doi.org/10.1177/0194599814568779>

Anexos

Aprobación del CEISH respectivo



ANEXO 10-IO-EI

CARTA DICTAMEN ARGUMENTADA APROBACIÓN OBSERVACIONALES Y DE INTERVENCIÓN.

Portoviejo 07-01-2026

A. Señor/a Andrés Sebastián Palacios Portilla, Lucy Baldeón Rojas De. Marín Pérez AL PhD
Presidente CEISH-UTM

Por medio de la presente el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Técnica de Manabí (CEISH-UTM) le notifica que el protocolo de investigación ***“Efecto del tamaño tumoral en la preservación de la función del nervio facial en cirugías de parótida: análisis de cohorte 2021-2024 en el hospital Carlos Andrade Marín Quito, Ecuador”*** fue declarado: **APROBADO** en reunión deliberativa: **Expedita** como una investigación de tipo: **Observacional**, debido a que el protocolo presentado cumple con: *detalles de la investigación*.

A.-En Caso de Aprobado

El CEISH-UTM aprueba el estudio ya que cumple con los siguientes parámetros:

ÉTICOS, METODOLÓGICOS Y JURÍDICOS.

Los documentos que se aprueban y que sustentan este estudio es la versión 02 de 05-01-2026 que incluye:

ANEXOS 1, 2, 3, 5, 6, 12, CARTA DE INTERÉS, ENCUESTA, OTROS DOCS

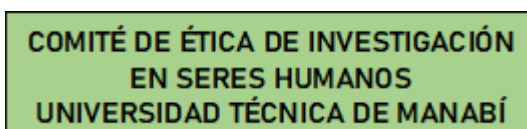
Esta aprobación tiene una duración de XII meses, transcurrido este tiempo se deberá solicitar una renovación, si fuera necesario. En lo sucesivo en la correspondencia con el CEISH-UTM utilizará el siguiente código de aprobación **CEISH-UTM-EXT_25-12-02_ASPP**. Puede contactar al CEISH-UTM en el Teléfono XXX o al correo comite.bioetica@utm.edu.com, o puede visitar personalmente el local del CEISH Edif de Postgrado, Planta baja, Oficina No 3 los días martes 15:00 que son de atención al público.

I

*Ver Informe de Evaluación.

*Revisar Reglamento de CEISH-UTM.

Documento elaborado a partir de Anexo 19 CEISH-INSPi



Favor enviar electrónicamente al CEISH-UTM (comite.bioetica@utm.edu.ec) la siguiente documentación en el plazo establecido.

- Informe de inicio de la investigación, dentro de los 30 días después de iniciada la investigación.
- Informe de avances o seguimiento con periodicidad, XXXX días (el Dr. Del Toro lo contactará)
- Informe final, hasta 90 días después de finalizada la investigación; en caso de terminación anticipada de la investigación, hasta 15 días.

Ponga atención, por favor, a los siguientes puntos que tienen que ver con la responsabilidad de los investigadores con el CEISH-UTM.

1. El CEISH-UTM no es responsable de la información recolectada antes de la fecha de este documento; Este Comité no autoriza la publicación de esa información ni que sea incluida en los resultados de esta investigación.
2. El CEISH-UTM ha aprobado esta investigación basada en la información entregada por los autores, quienes al presentarla asumen la veracidad, autenticidad y autoría de estos documentos.
3. Así mismo, los autores son responsables por la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el CEISH-UTM, así como la legislación y normativas vigentes aplicables y los estándares nacionales e internacionales en ese respecto.
4. El Investigador Principal puede solicitar una enmienda a esta investigación siempre que no implique cambios sustantivos del protocolo.

Sin otro particular me suscribo, no sin antes desearle los mejores éxitos en la actividad profesional y personal. Cordialmente,



Firmado electrónicamente por:

ALFREDO LAZARO
MARIN PEREZ

Validar únicamente con FirmaEC

Fecha: 07-01-2026

Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
de la Universidad Técnica de Manabí

*Ver Informe de Evaluación.

*Revisar Reglamento de CEISH-UTM.

Documento elaborado a partir de Anexo 19 CEISH-INSPI

Aprobación del centro de salud



Memorando Nro. IESS-HCAM-CGI-2026-0051-M

Quito, D.M., 03 de febrero de 2026

PARA: Sr. Espc. Gustavo Alejandro Cevallos López
Jefe de Área de Cirugía del H.C.A.M

ASUNTO: NOTIFICACIÓN DE INICIO DE INVESTIGACIÓN DE MD. PALACIOS PORTILLA
ANDRÉS SEBASTIÁN

De mi consideración

En referencia al Oficio Nro. IESS-HCAM-DA-2026-0852-E de fecha 12 de enero de 2026; suscrito por **MD. PALACIOS PORTILLA ANDRÉS SEBASTIÁN**; el mismo que manifiesta:

*"...Yo Andrés Sebastián Palacios Portilla, con número de cédula 1719682641, solicito se autorice el INICIO de la investigación " **EFFECTO DEL TAMAÑO TUMORAL EN LA PRESERVACIÓN DE LA FUNCIÓN DEL NERVIO FACIAL EN CIRUGIAS DE PAROTIDA: ANÁLISIS DE COHORTE 2021-2024 EN EL HOSPITAL CARLOS***

***ANDRADE MARIN"** , además pongo en su conocimiento los instrumentos de recolección que se utilizarán serán historias clínicas anónimas, el protocolo cuenta con carta de interés Nro. CGI-CII-HECAM-2025-124 emitida por el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, del 10 noviembre 2025, con aprobación de CEISH de la universidad técnica de Manabí con código:*

CEISH-UTM-EXT_25-12-02_ASPP el día 07 de enero de 2026."(...sic).

Por lo antes expuesto, se autoriza el inicio del proceso de investigación correspondiente al protocolo antes mencionado.

El presente comunicado se emite únicamente para efectos informativos y será puesto en conocimiento del investigador principal, a fin de dar inicio formal al desarrollo del estudio.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Memorando Nro. IESS-HCAM-CGI-2026-0051-M

Quito, D.M., 03 de febrero de 2026

Documento firmado electrónicamente

Espc. Andrés Esteban Mora Useche

**COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN - HOSPITAL
DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARÍN**

Anexos:

-
palacios_portilla_andres_envia_oficio_solicita_autorizar_inicio_de_investigación_compressed-2.pdf

Copia:

Srta. Ing. Veronica Elizabeth Molina Alcucer

Asistente Administrativa - Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín



Aprobación revista colombiana

[RCC] Acuse de recibo del envío

De: Mónica Bejarano, Editora via Ascolcirugía
notificaciones@biteca.online

Para: Sebastian Palacios
sebastianpalacios17@outlook.com

Enviado: sábado, 16 de mayo, 9:58 a. m.

Sebastian Palacios:

El día de hoy hemos recibido el manuscrito "

**Artículo original Parálisis Facial posterior a
Cirugía de Resección de Tumor de Parótida:
Parálisis facial post-parotidectomy"** a

Revista Colombiana de Cirugía. El cuerpo editorial de la *Revista Colombiana de Cirugía* le agradece habernos escogido para el envío de su trabajo.

Con el sistema de gestión de publicaciones en línea que utilizamos podrá seguir el progreso a través del proceso editorial tras iniciar sesión en el sitio web de la publicación:

URL del manuscrito:

<https://revistacirugia.org/index.php/cirugia/autorDashboard/submission/3339>

Nombre de usuario/a: sebastianpalacios17

En breve nuestro equipo editorial verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos y usted recibirá un mensaje con nuestros comentarios, para iniciar el proceso editorial. En el caso de que sea necesario realizar algún cambio previo, también se le notificará por este medio.

Atentamente,

Mónica Bejarano, Editora

Revista Colombiana de Cirugía