

Departamento de Medicina Operatoria — Facultad de Medicina

PAROTIDECTOMIA CONSERVADORA (*)

Fundamentos anatómicos — Técnica quirúrgica

Dres. Walter Suiffet y Líber Mauro

Jefe de Departamento y Ayudante de Investigación

La Cirugía de la Glándula Parótida se ha orientado hacia una conducta más racional, en base a conocimientos perfeccionados de su Anatomía Quirúrgica y de su Patología.

La Cirugía Radical ha cedido el paso a un criterio conservador. Ha surgido la necesidad de preservar estructuras fundamentales, siempre que la excéresis se realice por procesos de naturaleza benigna, inflamatorias o tumorales. El sacrificio sistemático del Nervio Facial es un precio desmedido para el tratamiento de procesos que no exigen radicalidad.

El tema ya ha sido profundamente tratado en los relatos de ARDAO (2) y de HERRERO (27) en donde se exponen ampliamente y en magnífica forma el problema de los tumores de la Parótida. Esta contribución pretende insistir en algunos puntos que consideramos de interés y presentar resultados de investigaciones anatomo quirúrgicas en el tema.

La Táctica Quirúrgica conservadora exige un profundo conocimiento Anatomo Quirúrgico de la Glándula Parótida. Los esfuerzos se han dirigido a profundizar los conocimientos de la Anatomía Glandular, orientados a la realización de la Parotidectomía. Así se han puntualizado detalles importantes dirigidos a conocer una serie de aspectos anatómicos fundamentales en la excéresis de la Parótida (5, 8, 9, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 24, 26, 37, 38, 39, 42, 43, 45, 48, 53, 55).

El conservadorismo obligó a otra orientación dirigida al estudio de la Anatomía Intraglandular, fundamental para su aplicación Quirúrgica.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en día 18 de octubre de 1961.

La Parótida está situada en una encrucijada Cérvico-Cráneo-Facial, vinculada al tránsito de elementos vásculo nerviosos entre esas tres zonas (⁴²).

Del punto de vista Anatómico puro, todo su estudio interesa por igual. Del punto de vista Anatomio-Quirúrgico existen puntos fundamentales que analizaremos.

La Glándula Parótida es la primera glándula salivar que aparece en el curso del desarrollo embrionario PATTEN (⁴⁴). El brote que de la mejilla llega a la zona periauricular, se ve en embriones de 10 milímetros (6ª y 7ª semana) y se ramifica a la 8ª y 9ª semana.

El Nervio Facial puede verse en embriones de 10 mm. (6ª semana) y las ramas aparecen en embriones de 20 a 25 mm. (8ª semana).

Los estudios realizados muestran que el Nervio Facial está completamente desarrollado cuando el brote parotídeo llega al área del tronco nervioso WINSTEN (⁵⁵).

El comportamiento de la glándula en su desarrollo definitivo y en sus vinculaciones con ese elemento nervioso (Nervio Facial) ha dado lugar a numerosos estudios y concepciones. El problema merece consideración por muchas razones y tiene importante repercusión quirúrgica.

Dos puntos de Anatomía Quirúrgica están relacionados con él:

— onstitución de la Parótida como una Glándula bilobada o como un conjunto glandular que rodea los elementos que transitan en su celda.

—Manera d comportarse el tejido glandular en relación con los elementos v's ulo-nerviosos, especialmente con el Nervio Facial.

La Embriología, las iv igraciones Anatómicas y los hallazgos Quirúrgicos han ido eaborando un conjunto de hechos que han permitido llegar a lo que consideramos constituye la realidad.

Se le acredita a LUSCHKA (³³) y a HENLE (²⁵) la primera mención de que la Glándula Parótida tiene una estructura bilobada en relación directa con el Nervio Facial.

GREGOIRE (¹⁹) en 1912 estudia la Parótida en 60 adultos y 8 fetos de 3 a 6 meses. En un feto de 3 meses (8 cm.) observa a la Parótida en posición superficial al facial; en un feto de 7 meses observa el desarrollo del lóbulo profundo, vinculado al superficial por encima del Nervio Facial. Concluye que la Glándula Parótida es una estructura bilobada, con un puente entre ambos lóbulos por encima del Nervio Facial, entre éste y la base

del cráneo. El canal excretor del lóbulo profundo pasa hacia arriba y afuera, por encima de las ramas del Nervio Facial para unirse con el canal del lóbulo superficial.

Mc WHORTER ⁽³⁷⁾ en 1917 estudia la Parótida en 66 adultos y 13 fetos de 36 a 54 cm. y concluye que la Glándula Parótida es una estructura bilobar fácilmente separable en dos lóbulos superficial y profundo, con canales separados. El Nervio Facial pasa entre dos lóbulos, los que están unidos por un istmo que separa la rama cérvico facial de la tèmpero facial. Existe un plano fuera de la zona ístmica que separa los dos lóbulos. Los canales excretores se vinculan al nivel del istmo y aún cuando sus relaciones son variables, los canales del lóbulo profundo nunca fueron vistos pasar por encima del Nervio Facial como lo expresa GREGOIRE.

ROUVIERE y CORDIER ⁽⁴⁸⁾ en 1934 estudiando fetos de 31 a 51 cm. concluyen que en las etapas iniciales la Parótida es superficial al facial pero en los fetos de 51 mm. hay profundización de la parte superficial, entre las ramas tèmporofacial y cérvicofacial y por encima del tronco del facial, entre éste y la base del cráneo. El lóbulo profundo presentaría pues un doble origen, lo que aunaría la interpretación de GREGOIRE ⁽¹⁹⁾ y de Mc WHORTER ⁽³⁷⁾.

ROUVIERE y CORDIER ⁽⁴⁸⁾ han estudiado fetos más pequeños (31 a 51 mm.) en los cuales la evolución se observa en las etapas iniciales, mientras que GREGOIRE estudió fetos de 8 cm. y Mc WORTHER de 36 a 54 cm.

Mc CORMACK y Col. ⁽³⁸⁾ en un estudio sobre 100 disecciones, completadas después por DAVIS y Col. ⁽¹⁶⁾ en 350 disecciones, concluyen que la Parótida tiene una estructura bilobar con un plano de clivado transitado por el Nervio Facial y sus ramas, estando vinculados el lóbulo profundo y el superficial, por medio de un istmo de acuerdo a lo descripto por Mc WHORTER ⁽³⁷⁾.

BAILEY ^(3, 4, 5) considera de acuerdo a sus comprobaciones, que el hecho más importante es la presencia de una estructura bilobular con un plano de clivado definido entre ambos lóbulos superficial y profundo por donde corre el Nervio Facial y sus ramificaciones.

El concepto de la estructura bilobada de la Glándula Parótida se ha mantenido durante muchos años como un hecho adquirido, siendo aceptado por muchos autores anatomistas y cirujanos ^(7, 12, 51, 16, 18, 24, 28, 29, 31, 38, 43, 49, 52) existiendo sólo variantes en el concepto de unión de ambos lóbulos.

HURDFORD ⁽²⁶⁾ hace reparos en la concepción lobular de

la Parótida encontrando, sólo en algunos casos la clásica disposición considerada hasta ese momento.

Mc KENZIE (9) estudia cuidadosamente la estructura intraglandular por medio de identificación anatómica de los canales. En su investigación no encuentra una estructura bilobada. Hay una conexión entre la parte superficial y profunda de la glándula a través de la bifurcación del nervio, pero hay también numerosos pequeños istmos entre las ramificaciones del facial. Los canales excretores no pasan solamente por el istmo, sino en-

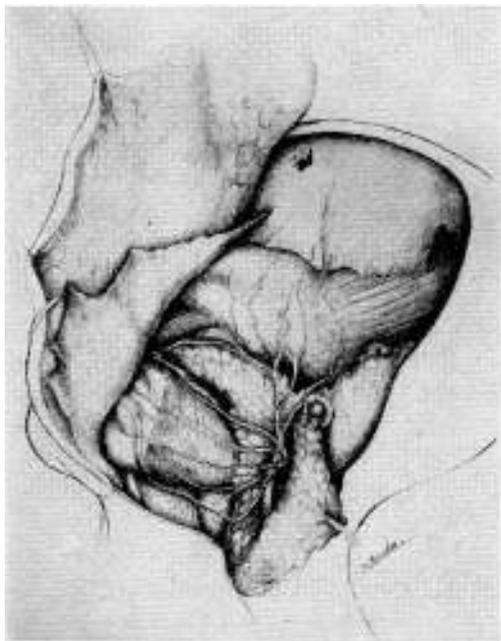


FIG. 1 — Se ha diseccionado el Nervio Facial de adelante a atrás. Se ven el Sector Superficial y el Profundo separados en dos Valvas. Se aprecia la relación del Nervio Facial y sus dos ramas de bifurcación con la Vena Yugular Externa. Plano Neuro Venoso de Separación Quirúrgica.

tre todas las pequeña ramas del facial. La manera como la Glándula se dispone con respecto al nervio no es constante. En síntesis considera que la Glándula se desarrolla entre las ramas del facial y la compara a una planta enredadera penetrando en la malla de un enrejado.

El avance de la Cirugía Conservadora de la Parótida llevó a los cirujanos pesquisar la presencia del plano de separación interlobar durante el acto quirúrgico.

Eso ha permitido a algunos autores expresar su opinión de que no existe un plano de separación entre ambos lóbulos parotídeos, sino simplemente un conglomerado glandular que rodea al Nervio Facial (8, 9, 10, 26, 27, 30, 34, 35, 40, 45, 47, 53, 54, 55).

WINSTEIN y WARD (55) han realizado una extraordinaria investigación para definir el problema. Estudiaron el sistema canalicular por medio de moldes y radiografías y el desarrollo embriológico en embriones de 18 a 80 mm. Sus conclusiones son categóricas. Muestran que el Nervio Facial aparece en la cara antes que el desarrollo de la Glándula Parotídea. Esta se origina en la primitiva cavidad oral y llega al contacto con el Nervio Facial, desarrollándose entre sus ramas. Las relaciones del Facial y la Parótida son de íntima asociación y no han podido demostrar la presencia de plano de clivado entre los lóbulos parótides.

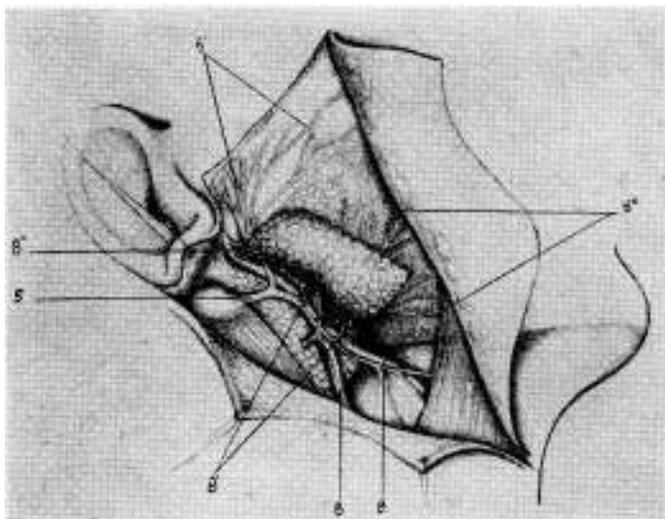


FIG. 2. — Se ha disecado el Nervio Facial (5). Se ve levantado el Sector Superficial y se aprecia la vinculación del Plano Neuro Venoso. (8) Vena Yugular Externa y Vena Comunicante Anterior acompañada del ramo Retromandibular. (8') Ramas Venosas del Sector Superficial a la Vena Yugular Externa. (8'') Ramas Venosas del Sector Superficial a la Vena Temporal Superior que oculta el Facial Superior (5').

La Parótida es por tanto una glándula unilobular y el Nervio Facial está íntimamente entremezclado con el tejido glandular.

PATEY (45) concuerda con la interpretación de Mc KENZIE (49) y WARD (55). Considera que el concepto de una constitución bilobar de la Parótida ha sido de valor para colaborar en el desarrollo de la Parotidectomía Conservadora ,pero en el momento actual que la operación está reglada, no hay justificación para un falso concepto.

Las pesquisas que hemos realizado no nos han permitido reconocer los conceptos clásicos sobre la constitución bilobada de la parótida.

Hemos practicado numerosas disecciones en fetos de edad variable (de 5 a 8 meses), en cadáveres frescos y fijados. Hemos investigado pacientemente la disposición glandular en el acto quirúrgico de la Parotidectomía Conservadora. Hemos hecho preparar inclusiones totales de Glándula Parótida tomadas de cadá-

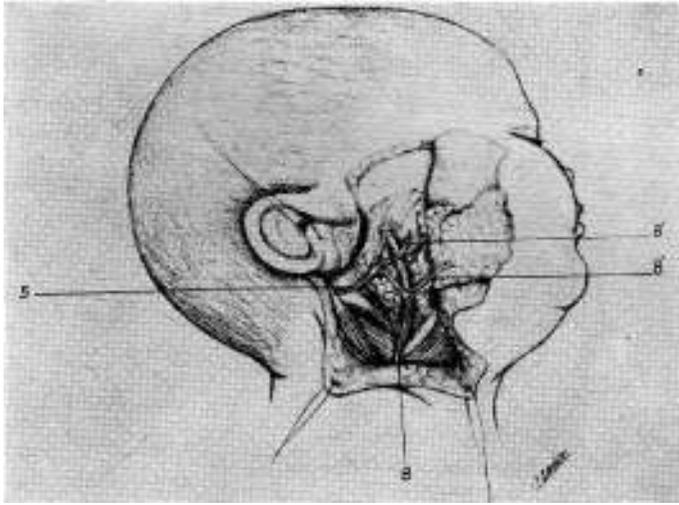


FIG. 3 .— Disección en Feto de 8 meses. Se ve el Nervio Facial (5) y la vinculación Venosa del Sector Superficial (8') con la Vena Yugular Externa (8), acompañada del ramo Retromandibular.

veres frescos, para determinar la estructura glandular y su relación con el Nervio Facial.

De todas estas búsquedas podemos concluir que:

—La Glándula Parótida es una estructura glandular uniforme no bilobada, que envuelve todos los elementos vasculares y nerviosos que transitan en su celda, rodeándolos y amoldándose a ellos de acuerdo a su topografía anatómica.

—No hemos encontrado un plano de separación que justifique el concepto de una estructura glandular bilobada, con un lóbulo superficial y profundo.

—El Nervio Facial transita dentro del parénquima glandular en verdaderos túneles o trayectos. Entre el Sector superficial

o superficial (15) y el profundo subfacial (45) no existe puente único de topografía determinada que los una. Hay numerosos pequeños puentes que pasan rodeando al Nervio Facial y a sus ramas, constituyéndose así una única estructura glandular unilobular.

—El Sector Superficial o Superficial está vinculado por su vascularización al Plano Vascular (Vena Yugular y Carótida Externas) que es profundo al Nervio Facial. Esta vinculación no tiene una topografía determinada. Los vasos pasan por los puentes inter y perinerviosos, atravesando perpendicularmente al Plano Nervioso, sin una ordenación constante que justifique el con-

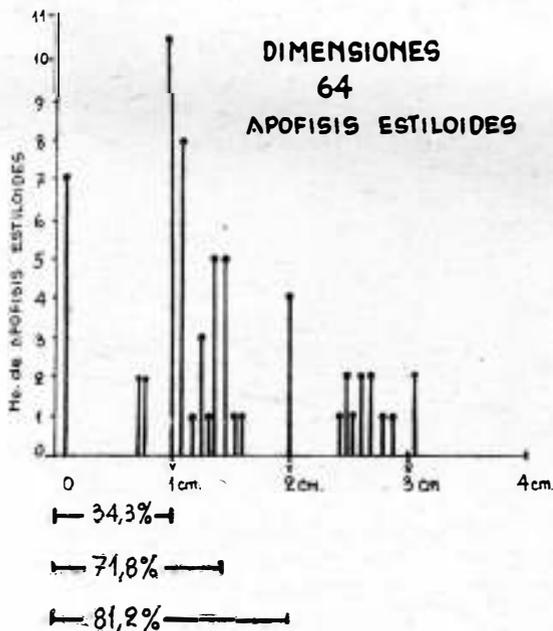


FIG. 4. — Gráfica de la longitud de la Apófisis Estiloides. Se ve que el 34,3 % mide de 0 a 10 mm. y el 71,8% de 0 a 15 mm.

cepto de un puente único. Esto es perfectamente reconocible en la disección de fetos, cadáveres y durante el acto quirúrgico e invalida totalmente el concepto de plano de clivado anatómico quirúrgico interlobular (Figs. 2, 3 y 10).

—Existen evidentemente pequeños planos de separación fácil dentro de la glándula. Son sectores pequeños que están rápidamente detenidos por la aparición de un puente glandular, de un elemento vascular o canalicular.

—Estos planos de decolamiento incompletos corresponden a tabiques conjuntivo-vasculares intraglandulares que pueden reconocerse perfectamente en el estudio de los cortes histológicos totales. No alcanzan a formar un plano regular extenso en nin-

guna zona glandular. Segmentan la glándula en forma irregular sin una continuidad anatómica definible como un plano de separación interlobular (Fig. 5).

—Las ramas del Nervio Facial ocupan una posición regular, manteniéndose en un plano de división y separación relativamente ordenado. Ocupan un plano sagital orientado de atrás adelante y



FIG. 5. Corte Histológico total de Parótida. Se ha hecho una Sección Frontal a mitad de distancia entre la Mastoidees y la Rama Montante del Maxilar Inferior, Parótida Derecha, Segmento anterior del corte. Hacia arriba el Polo Superior. Se observan la Sección de las Ramas del Facial, marcadas en negro. En los Espacios Conjuntivos: Se observan los Tabiques Conjuntivos Vasculares que segmentan la Glándula, pero sin constituir un plano definido externo, que separe dos Lóbulos Glandulares.

de la profundidad a la superficie, como puede apreciarse por la disección y los cortes histológicos.

—El Sector profundo o subfacial es voluminoso y solamente su diferencia de forma puede dar una idea de inferioridad de volumen con respecto al sector superficial o super-facial.

Estas conclusiones importan a nuestro criterio porque indican que:

—El Cirujano no puede contar con un plano de manejo de decolamiento fácil en la zona de división del Nervio Facial, puesto que la glándula no tiene una estructura bilobada.

—El riesgo de manejarse quirúrgicamente con el concepto

de un plano conjuntivo de separación, puede conducir al trauma vascular de los vasos que atraviesan el plano nervioso y por ende al trauma nervioso durante la hemostasis.

—La Parotidectomía Superficial no es una Lobectomía, sino una resección limitada al sector superficial. Constituye en el caso de los Tumores Mixtos una Enucleación-Resección reglada por la presencia del Nervio Facial.

—La Parotidectomía Superficial puede no ser la terapéutica ideal en los Tumores Mixtos superficiales. Del punto de vista anatómico porque no hay lóbulos y sí puentes numerosos que comunican ambos sectores glandulares, y que pueden permitir la extensión del proceso al sector profundo. Del punto de vista patológico, porque este concepto de la constitución glandular hace más aceptable el concepto de Mac FARLAND (⁴¹) del origen multi-céntrico de estos tumores.

Analizaremos ahora algunos aspectos anatómicos particulares de la Anatomía Quirúrgica Intraglandular y luego expondremos la Técnica cómo ha sido realizada en el tratamiento de los procesos patológicos benignos de la Parótida.

PLANO NERVIOSO — NERVIO FACIAL

El Nervio Facial emerge del agujero estilomastoideo como una constancia anatómica. Se dirige hacia abajo, adelante y afuera, hasta encontrar el parénquima de la Glándula Parótida. Su recorrido entre estos dos puntos varía de 0,5 a 1,5 cm. de longitud MARTIN (⁴⁰), de 0,5 a 2 cm. DARGEN Y DUROUX (¹⁵). Su diámetro aproximado es de 3 a 4 mm. Su orificio de salida puede referirse a un punto situado a la altura de la parte media del borde anterior de la mastoide y a una profundidad promedial de 1.5 cm.

El Facial aparece por delante del borde anterior del músculo digástrico y por detrás de la apófisis estiloides a la cual envuelve en un movimiento circundante hasta alcanzar la parótida. Su aparición se hace en el espacio inter-estilo-gástrico, siendo constante en su topografía. El músculo diagástrico es la llave de su descubierta GUTIERREZ (²⁰, ²¹).

La apófisis estiloides es muy variable en su longitud. Su importancia como jalón quirúrgico es de valor relativo.

DAVIS y Col. (¹⁶) en 150 cráneos examinados encuentran: Estiloides ausentes: 58 casos; de 0,1 a 0,9 cm. 18 casos; de 1 a 1,9 cm. 40 casos; de 2 a 2,9 cm. 19 casos; de 3 a 3,9 cm. 14 casos; de 4 a 4,2 cm. 1 caso.

Hemos realizado medidas de longitud de la Apófisis Estiloides en 32 cráneos (64 apófisis estiloides) (Fig. 4).

- 7 casos no existía Apófisis Estiloides (11 %)
- 15 casos medían de 0 cm. a 1 cm. (23.3 %)
- 24 casos medían de 1 cm. a 1.5 cm. (37.5 %)
- 6 casos medían de 1.5 cm. a 2 cm. (9.4 %)
- 4 casos medían de 2 cm. a 2.5 cm. (6.3 %)
- 8 casos medían de 2.5 cm. a 3 cm. (12.5 %)

o sea que en 46 casos (71.8 %) la Apófisis Estiloides no existía o medía menos de 1.5 cm.

Estos datos nos muestran que la longitud de la Apófisis Estiloides es un elemento de valor relativo como jalón para la descubierta del Nervio Facial.

El Facial se divide en sus dos ramas: Témpero-facial y cérvico-facial. Lo hace habitualmente dentro de la parótida, excepcionalmente antes de su entrada en ella. Se ha referido la zona de división a puntos jalones regionales. DARGENT y DOUROU ⁽¹⁵⁾ la refieren al borde posterior de la rama ascendente del maxilar; Mc KORMAC Ky Col. ⁽³⁸⁾, DAGIS y Col. ⁽¹⁶⁾ al ángulo del maxilar inferior.

El valor quirúrgico que pueda proporcionar esta información es de utilidad relativa, por sus variaciones y por la dificultad de reconocer las estructuras de referencia.

La rama cérvico-facial continúa prácticamente la dirección oblicua hacia abajo y adelante del tronco principal. La rama témpero-facial se dirige hacia arriba y adelante, saliendo del tronco principal en un ángulo variable entre los 120° y 90°.

La rama superior es aplastada, adoptando muy frecuentemente una disposición plexiforme, de donde salen sus ramas terminales. La rama inferior es redondeada, más fina y a pesar de frecuentes anastomosis no adopta disposición plexiforme.

Las ramas terminales del Facial tienen anastomosis entre sí en una proporción frecuente (77 % Mc CORMACK - 67 % DAVIS). A pesar de ello, no es aconsejable contar con ellas para la reparación funcional luego del trauma posible de una de las ramas principales.

La Glándula se aprieta alrededor de la rama superior del facial de una manera firme. Las razones son diversas.

Las ramas nerviosas son más cortas, más chatas y más plexiformes. El facial superior parece formar en sus divisiones terminales un verdadero plexo.

La Glándula adhiere íntimamente a las estructuras vecinas (fascia-apófisis zgomática - articulación témperomaxilar - conducto auditivo externo) y está estrechamente vinculado al plano

venoso (temporal superficial - maxilar interno - grupo extracon-díleo), existiendo poco parénquima glandular en la parte superior, entre la fascia y las estructuras óseas profundas.

En cambio, la vinculación del facial inferior es más laxa, menos apretada que en la parte superior.

En consecuencia, es más fácil la disección de facial inferior que la del facial superior. Como conclusión de orden quirúrgico, se puede decir que es preferible la disección inferior en primer término, lo que permitirá además, la movilización de la Glándula de abajo hacia arriba o sea de la zona de menor a la de mayor adherencia de la Glándula a las paredes de su celda.

Las ramas terminales del facial salen por el borde anterior de la glándula y se dirigen a su destino muscular, cubiertas por una tenue estructura conjuntiva, continuación anterior del tejido denso que cubre la parte más posterior de la Glándula.

Tiene importancia quirúrgica especial:

- la rama bucal, que acompaña el canal de STENON;
- la rama cervical inferior o retro mandibular que dirigiéndose hacia abajo acompaña la Vena Yugular Externa hasta su salida de la Glándula Parótida. Luego se dirige hacia adelante; pasando aproximadamente a un centímetro por debajo y detrás del ángulo maxilar y penetra bajo el músculo cutáneo para volver a la cara en su parte más anterior.

Estas ramas han sido utilizadas por diversos autores, para realizar la descubierta del tronco del Nervio Facial.

En síntesis: El Nervio Facial aparece en la Celda Parotídea como un tronco único y se divide y subdivide en numerosas ramas que abandonan la Parótida por su contorno anterior en forma de abanico excéntrico a partir de la zona glandular. Se sitúa en un plano dirigido de atrás hacia adelante y ligeramente de adentro hacia afuera, plano casi Sagital, que se hace más superficial a medida que se acerca al contorno glandular anterior.

El tipo de división del tronco del Facial, marca variantes Anatómo-Quirúrgicas de interés.

Cuando el Nervio Facial se bifurca precozmente:

- el tronco es más corto;
- la rama temporal es más larga y más alta;
- el ángulo de división es más cerrado y está más alejado del borde posterior de la rama montante;
- hay menos parénquima entre la rama temporal y la base del cráneo;
- hay un puente glandular mayor entre las dos ramas de división del tronco;
- es más difícil reconocer y disecar la rama temporal;

—la rama cervical es más larga y su rama retro-mandibular puede tener un recorrido muy limitado dentro de la Glándula.

Lo opuesto sucede en todos los aspectos, cuando el Nervio Facial se bifurca tardíamente.

PLANO VENOSO

Está constituido por la Yugular Externa y sus ramas. Originada en la parte alta de la celda parotídea por la unión de las Venas Temporal Superficial y Maxilar Interna, reciben ramas constituyéndose un verdadero plexo. Se superficializa hacia abajo, abandonando la celda Parotídea por su parte posterior. Recibe ramas auriculares, articulares, parotídeas, masetérianas que forman un conjunto venoso de jerarquía. Puede vincularse al sistema de la Yugular Interna por medio de una Vena Comunicante Intraparotídea que se une con la Vena Facial.

Lo importante del Plano Venoso son sus relaciones con el Plano Nervioso. PATEY ⁽⁴⁵⁾ los designa a ambos con el nombre de Plano Facio Venoso. Ambos están íntimamente vinculados y en ello conviene insistir. El Plano Nervioso de división del Facial, permanece en la gran mayoría de los casos en posición superficial al plano venoso, en íntimo contacto uno con el otro, especialmente en la parte inferior. La Vena Yugular al superficializarse se acerca al plano nervioso rápidamente. Cruza habitualmente los dos troncos de división del Facial inmediatamente de formada. Se ve prácticamente siempre en el ángulo de división del tronco, por detrás de él. Continúa hacia abajo y es acompañada fielmente por el ramo retromandibular del Facial Inferior. La acompañaña hacia abajo, paralelamente a la vena y luego la abandona para dirigirse hacia su destino (Figs. 1, 2, 3, 10 y 11).

La vinculación regular de ambos elementos ha sido utilizada por BYARS ⁽⁷⁾ para descubrir el ramo retromandibular y de allí ir al tronco del Nervio Facial.

El Plano Venoso íntimamente vinculado al Plano Nervioso establece la distinción del Sector Superficial y Profundo de la Parótida. Ambos sectores demarcados por el Plano Neuro Venoso. Es interesante hacer notar e insistir que el Plano Venoso, retronervioso, recibe la irrigación de desagüe sanguíneo del Sector Superficial de la Parótida y que el Plano Arterial, posterior, y alejado del Plano Neuro Venoso envía al Sector Superficial la circulación arterial. Son perfectamente reconocibles en la disección en fetos y adultos y en el acto quirúrgico, numerosos troncos vasculares que adoptando cualquier relación en altura con los troncos nerviosos, atraviesan el Plano Nervioso prácticamente

en forma perpendicular a él, para vincular el Sector Superficial de la Parótida con el Plano Vascular constituido por Vena Yugular Externa y Arteria Carótida Externa. Estas ramas vasculares, más abundantes las venosas, atraviesan por arriba o por debajo del tronco del Nervio Facial, y entre sus ramas de división o subdivisión, sin ninguna topografía determinada. Este hecho anatómico comprobable nítidamente, invalida totalmente el concepto de lóbulos y de la existencia de un plano de separación entre ellos al nivel de la Parótida.

La presencia de estos vasos implica un riesgo quirúrgico serio. Los reconoce más el cirujano, pues producen hemorragias importantes que al cohibirla con pinzamientos ciegos puede traumatizar el Nervio Facial o sus ramas. Es uno de los puntos importantes de la Anatomía Quirúrgica (Figs. 2, 3 y 10).

Hay variantes en la constitución del Plano Venoso. Lo regular y frecuente es que el Plano Nervioso esté situado superficialmente con relación a aquél. Pero hay variaciones que ya han sido muy estudiadas (15). El Plano Venoso puede estar situado parcial y no totalmente por detrás del Nervioso:

a) La Vena Yugular Externa puede hacerse superficial antes de su salida de la celda Parotídea, y aparecer por delante del Facial Inferior o sus ramas. O sea que la Vena Yugular Externa pasa entre las ramas de división del Facial o del Facial Inferior. Queda parte del Plano Nervioso oculto por el Plano Venoso.

b) La Vena Temporal Superficial puede permanecer superficial a la rama Témpero Facial y unirse a la Maxilar Interna por debajo de ella. Queda parte superior del Plano Nervioso oculto por el Plano Venoso.

c) Existen frecuentemente bucles o anillos venosos que envuelven aisladamente, algunas de las ramas de división o subdivisión del Facial o existen anillos nerviosos que rodean ramas venosas (Figs. 2 y 10).

Todas estas modalidades las hemos podido observar en la disección y algunas de ellas en el acto quirúrgico.

Es fundamental por tanto, el conocimiento del Plano Venoso, pues es en su contacto que se realiza la Cirugía Conservadora de la Parótida. Unidos el Plano Venoso y Nervioso, constituyen el Plano de separación de los dos Sectores Glandulares Extra Facial y Sub Facial. Es junto a este plano, destruyendo quirúrgicamente la vinculación de ambos sectores, que debe conducirse la Parotidectomía Conservadora.

Este Plano Neuro Venoso, a pesar de la diferencia de origen y destino de sus componentes, tiene una topografía intraglandular bastante constante. Es prácticamente sagital, dirigido de

atrás hacia adelante y ligeramente de la profundidad a la superficie, y está atravesado por puentes glandulares, elementos vasculares y canaliculares que vinculan los dos sectores superficial y profundo que dicho plano delimita dentro de la glándula.

PLANO ARTERIAL

Las arterias de la Celda Parotídea son más constantes en su disposición que las componentes del Sistema Venoso.

La Arteria Carotídea Externa pasa de su recorrido fugaz en el Sector Retro Estileo a la Celda Parotídea, penetrando a través del diafragma Estileo entre Digástrico - Estilohioideo hacia afuera y Estilo Glosa - Estilofaríngeo hacia adentro. Contacta con la Glándula Parótida en la unión de las 2/3 superiores con el 1/3 inferior de la cara póstero-interna. Se superficializa rápidamente y luego se divide en sus dos ramas terminales (Fig. 10).

En la parte inferior está francamente separado del Plano Neuro-Venoso por el espesor del polo inferior de la Parótida y por los músculos Digástrico y Estilohioideo. En la parte superior contacta con el Plano Venoso constituyendo pedículos individualizables, Temporal Superficial y Maxilar Interno.

Da ramas glandulares para ambos planos parotídeos, Superficial y Profundo. Las ramas destinadas al plano superficial atraviesan de atrás adelante el Plano Neuro Venoso y unidos a los troncos venosos constituyen verdaderos pedículos de la parte superficial de la glándula, que se pueden reconocer entre las ramas de división y subdivisión del Facial. Tiene su riesgo quirúrgico expresado por la dificultad de la hemostasis y la posibilidad de traumatismo de las ramas del Facial en la hemostasis.

La rama Auricular Posterior nace de la Carótida Externa a la altura del borde superior del digástrico y se dirige arriba y atrás hasta la zona entre la Mastoides y Conducto Auditivo Externo. Su topografía lo coloca en el camino del abordaje directo del Nervio Facial y por ello es importante tenerla en cuenta en este tiempo quirúrgico.

En su travesía intraglandular la Arteria Carótida puede estar totalmente o muy poco envuelta por la glándula. La separación de ambas, glándula y arteria es fácil, al favor del plano celuloso que rodea la arteria, consecuencia de su actividad funcional permanente. Puede extirparse pacientemente toda la glándula que rodea a la arteria sin necesidad de su interrupción quirúrgica. Las dificultades aumentan de abajo hacia arriba, pero no son insalvables.

La Arteria Carótida puede ir acompañada por un componen-

te venoso, de cuyo volumen es responsable el mayor o menor desarrollo del plano superficial venoso.

La disección de la glándula ofrece en esos casos más dificultades por el riesgo del trauma venoso.

La Arteria Carótida y sus ramas pueden ser ligadas en la Cirugía Conservadora, si las dificultades técnicas hace difícil su liberación.

TECNICA QUIRURGICA

Anestesia

Puede utilizarse anestesia local o general.

La anestesia local fue preconizada por A. GUTIERREZ (22) y por R. FINOCHIETTO (18). Exige laboriosidad y minuciosidad

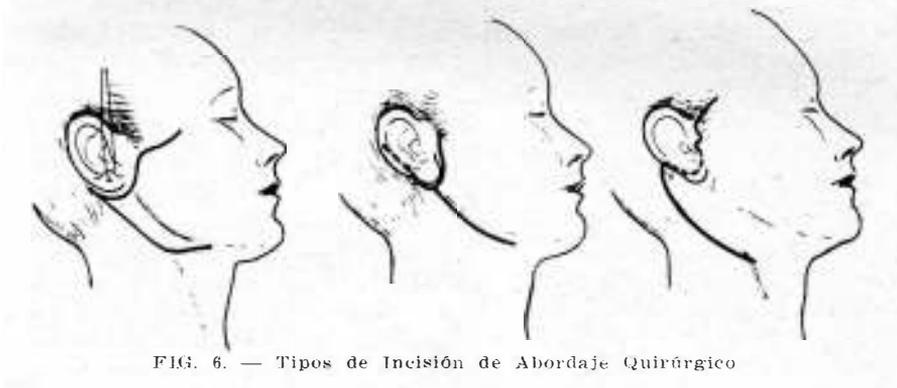


FIG. 6. — Tipos de Incisión de Abordaje Quirúrgico

en la técnica pudiendo realizarse perfectamente la intervención conservadora.

La anestesia general permite un manejo más cómodo y no aporta ningún inconveniente técnico al procedimiento quirúrgico. La hemos utilizado en todas nuestras intervenciones.

Incisión (Fig. 6)

Los distintos tipos de incisión derivan de las descritas por FAURE (17), GUTIERREZ (20, 21) y BLAIR (11). Han sufrido modificaciones que han mejorado aspectos técnicos, funcionales o estéticos.

Todas las incisiones tienen un componente facial vertical pre-auricular y un componente cervical paralelo al músculo E.C.M. y a topografía retromandibular.

El componente facial puede tener una extensión transversal horizontal alta GUTIERREZ (20, 21) o baja FAURE (17) u oblicua hacia arriba y adelante FINOCHIETTO (18).

La incisión preauricular puede rodear totalmente el conducto auditivo externo en su parte inferior y ascender sobre la mastoides continuándose directamente con el componente cervical en forma de Y (Fig. 7).

Sobre la base de estos conceptos generales, consideramos que todas las incisiones son buenas, manejadas de acuerdo a las necesidades de cada caso.

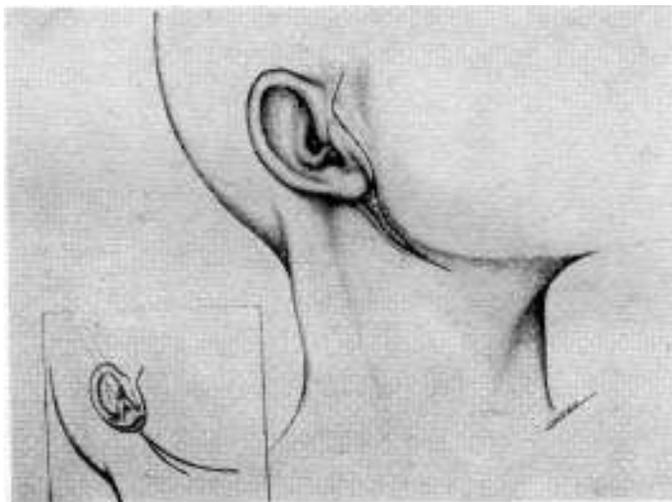


FIG. 7. — Incisión Marcada e Iniciada

Elevación del colgajo (Fig. 8)

La incisión se profundiza y comienza el decolamiento de los colgajos.

Al profundizar la incisión en la parte inferior aparecen dos elementos:

—el ramo auricular del plexo cervical superficial que oblicuo arriba y adelante cruza la incisión muy oblicuamente. Si es posible, conservarlo para evitar trastornos de la sensibilidad;

—la vena yugular externa paralela con el ramo auricular. Es necesario conservarla y no seccionarla desde el comienzo como se aconseja. Su resección trae aparejado inconvenientes:

—Congestión de la zona glandular y por ende mayor posibilidad de hemorragia;

—posibilidad de traumatizar el ramo retromandibular que le es paralelo;

—a levantarla después de seccionada, se puede perder el buen camino para realizar la disección en el plano Neuro venoso.

Se inicia el decolamiento de los colgajos hacia adelante. Recordar la salida de las ramas del facial en la parte periférica de la glándula.

En la parte anterior, las ramas están cubiertas por la exten-

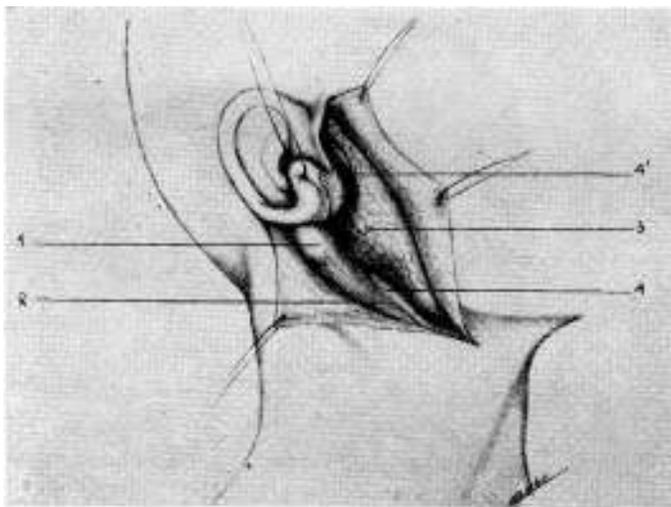


FIG. 8. — Se han decolado los Colgajos Cutáneos. Se inicia el desprendimiento de la Glándula del E.C.M. y del Conducto Auditivo Externo. 1) Apófisis Mastoide; 2) E.C.M.; 3) Parótida; 4) Espacio decolable inferior en E.C.M. y Parótida; 4') Espacio decolable entre Conducto Auditivo Externo y Parótida.

sion anterior del tejido conjuntivo preparotídeo que adelgazado, las mantiene aplicadas contra la aponeurosis maseterina.

En la parte superior del tejido conjuntivo es más denso.

En la parte inferior la incisión retromandibular levanta piel y cutáneo del cuello. Es necesario cuidar la rama retromandibular.

Preferimos habitualmente no desprender el colgajo hacia adelante en su totalidad y completarlo a medida que se realiza la disección intraglandular anterior de las ramas del facial, evitando así su posible trauma a las ramas delgadas a su salida de la glándula parótida.

RECONOCIMIENTO DEL FACIAL

El Nervio Facial puede ser descubierto de dos maneras:

- A) Descubierta indirecta.
- B) Descubierta directa.

A) Descubierta indirecta:

Consiste en abordar una de las ramas de salida del Facial y luego ir a buscar el tronco por disección centrípeta de dichas ramas. Pueden descubrirse:

a) La rama cervical retromandibular iniciada por **SISTRUNK** y seguida por diversos autores (1, 3, 4, 5, 7, 18, 32, 50, 51).

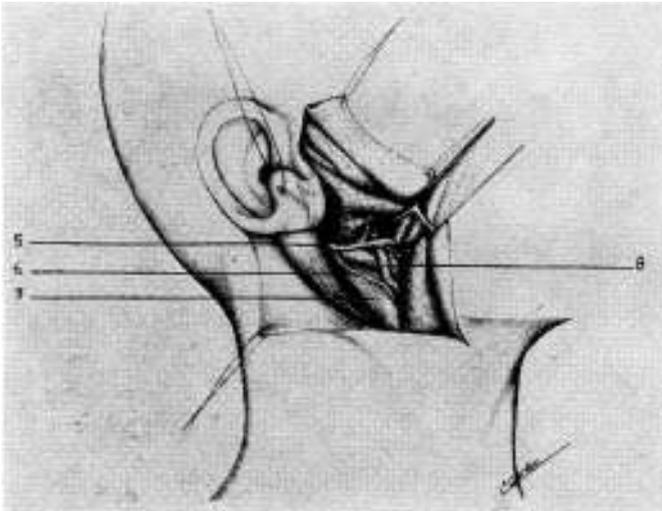


FIG. 9. — Se ha descubierto el Nervio Facial y comienza la disección de sus ramas. 5) Nervio Facial; 6) Art. Auricular Posterior; 7) M. Digastrico; 8) Vena Yugular Externa.

Su descubierta puede estar favorecida por su vinculación directa con la vena yugular externa, paralela a la cual corre en un tramo de su recorrido. Es la rama más delgada del Facial. Su descubierta y manejo son difíciles aún cuando los autores que la practican defienden ardorosamente la técnica.

b) Ramos anteriores, especialmente el ramo bucal que acompaña el canal de **STENON** (38, 52).

c) Ramos superiores del Témporofacial.

d) Ramos intraglandulares (6) por enucleación del tumor y luego búsqueda de las ramas del facial dentro de la glándula.

Todas estas técnicas tienen como inconvenientes:

—Exigen el reconocimiento de un filete nervioso muy delgado en la periferia de la glándula.

—Exigen un manejo de dicho filete que obliga a extremos cuidados para su disección.

—Puede obligar a la sección o el trauma del tumor que se va a extirpar, especialmente cuando se descubren las ramas anteriores.

B) Descubierta Directa (Figs. 8 y 9)

Este método tiene la ventaja de abordar directamente el tronco y luego realizar la disección centrífuga de sus ramas a

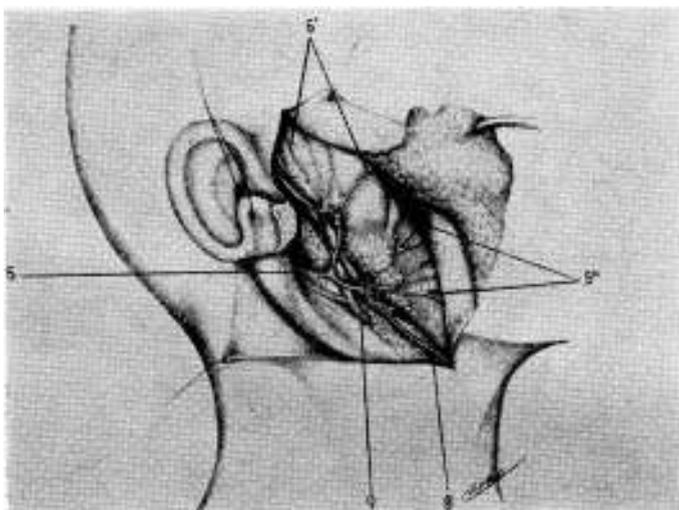


FIG. 10. — Se ha separado el Sector Superficial del Profundo. Se ve claramente la vinculación Vascular del Sector Superficial con el Plano de la Yugular Externa. Se ve la íntima relación de la Vena Yugular Externa y el Nervio Facial, Plano Neuro Venoso; 5) Nervio Facial; 8) Vena Yugular Externa; 8') Ramas Venosas que van del Sector Superficial a la Vena Yugular Externa; 9) Art. Carótida Externa.

medida que ellas transitan la parótida y se van adelgazando en su interior.

Su descubierta puede hacerse en base al conocimiento anatómico regional de dos maneras:

- a) De abajo arriba (8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 24, 28, 29, 31, 40, 49, 54).

Es el método clásico de descubierta del Nervio Facial expresado por FAURE (17) y que numerosos autores lo indican con diversas variantes.

Una vez expuesta la glándula se comienza a elevar su polo inferior. A ese nivel es fácil separarla del borde anterior del E. C. M. al cual no adhiere. Lentamente se va hacia arriba, con lo cual se tropieza con el aumento de vinculación entre la glándula y la aponeurosis del E. C. M.

Dos conductas se pueden adoptar:

—Se entra en la vaina del músculo, separando hacia adelante a la glándula junto con ella, como lo aconseja FAURE (17).

—Se continúa separando la glándula del E. C. M. sin entrar en su vaina. Es necesario insistir que la vinculación de glándula

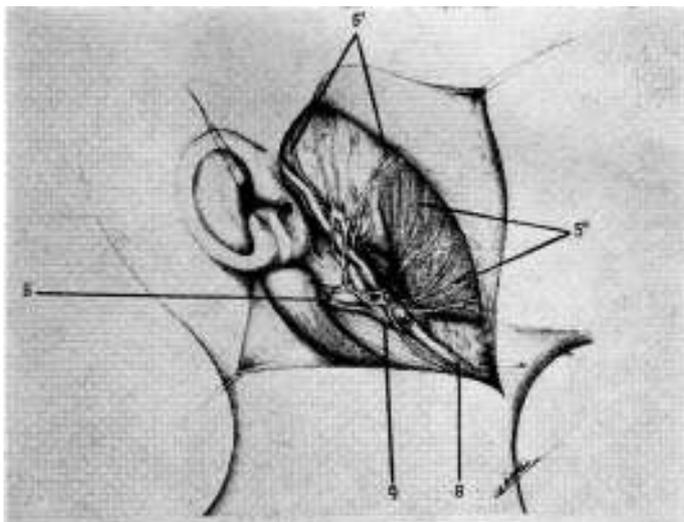


FIG. 11. — Se ha extirpado todo el Sector Superficial de la Parótida. 5) Nervio Facial; 5') Rama Témpero-Facial; 5'') Rama érvico Facial; 6) Vena Yugular Externa acompañada del Ramo Retromandibular; 9) Art. arótida Externa.

y aponeurosis del E. C. M. crece al acercarse a la mastoide. Hay numerosos tractos fibrosos que atraviesan en puente de una a la otra. Confunden al cirujano en la disección, pues cree ver en cada uno de ellos al Nervio Facial. Hay además pequeños troncos venosos que atraviesan junto con los tractos fibrosos y cuyo trauma obliga a la hemostásis por compresión.

Se puede continuar con la total liberación posterior, para ir al reconocimiento del Nervio Facial. Preferimos realizar la liberación en la parte más inferior e interrumpiendo este tiempo, ir al desprendimiento glandular del Conducto Auditivo Externo. El

tejido conjuntivo periglandular adhiere íntimamente a la arcada zygomática y al borde anterior del Conducto Auditivo Cartilaginoso. Seccionada esta adherencia y algunas venas auriculares pequeñas, es relativamente sencillo entrar en el plano decolable que separa la glándula del Conducto Auditivo Cartilaginoso y Oseo. El objetivo de esta maniobra antes de continuar con la liberación posterior, es dejar a la glándula liberada de conexiones en las zonas vecinas a la entrada del Facial. Ello permitirá un mejor manejo y dará más facilidad a la pesquisa del Facial.

Volviendo al tiempo posterior, se toma de nuevo el polo in-

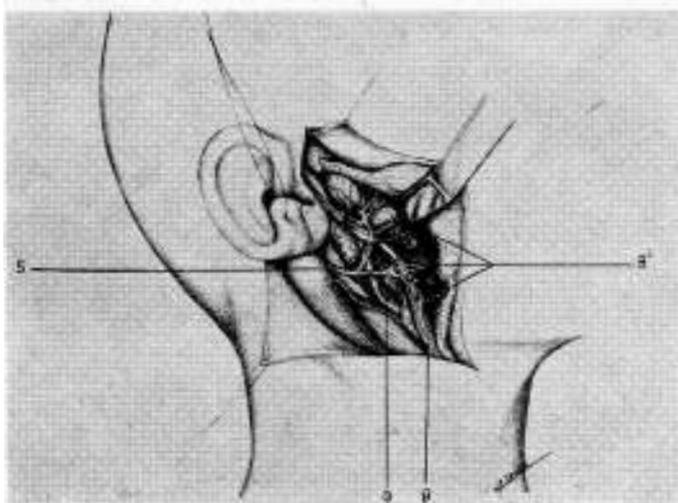


FIG. 12. — Se ha extirpado totalmente la Parótida. Se ve el espacio ocupado por el Sector Profundo en la Zona Retro mandibular

ferior y se fracciona arriba y adelante. Se descubre el Músculo Digástrico. Colocado más profundamente que el E. C. M., cruza su línea de dirección hacia abajo y adentro en un ángulo muy obtuso abierto hacia adentro y adelante. Se desprende el prolongamiento entre el E. C. M. y el Digástrico y se expone totalmente la cara externa de este último. La arteria auricular posterior puede aparecer en este momento de la disección y deberá ser ligada y seccionada.

El Músculo Digástrico es el riel que conduce a la descubierta del Facial ⁽²⁰⁾. Hay que recordar la expresión de GUTIERREZ: ⁽²⁰⁾ "No olvidéis que la investigación marcha sobre rieles, siempre

al amparo de algo". Aquí el riel es el Músculo Digástrico, por delante del cual en su parte superior, aparece el Facial para entrar en la Celda Parotídea.

Insistimos que la palpación de la Apófisis Estiloides no debe ser considerada como elemento guía para descubrir el Facial:

—porque hay grandes variantes anatómicas;

—porque el espacio para palparla es pequeño aun cuando se desplace el maxilar hacia adelante;

—porque la presencia del tumor lo hace aún más difícil;

—porque puede ser muy fácilmente confundida con el tubérculo lateral del Atlas, el cual se aprecia con una sensación palpatoria de firmeza a la altura del $\frac{1}{3}$ superior del Músculo Digástrico, y dar una sensación equivocada de palpación de la Apófisis Estiloides.

Es preferible continuar la investigación siguiendo el riel del Digástrico. Como dice GUTIERREZ (²⁰) y lo aconseja igualmente MARTIN (⁴⁰), Traccionando la glándula hacia afuera y adelante, el Facial puede aparecer al tacto como una cuerda tendida del Orificio Estilo Mastoideo a la glándula. Si no se puede palpar el nervio por razones de orden local, esta tensión ofrece el nervio a la descubierta.

Continuando la disección roma en la dirección del tronco nervioso, aparece la cuerda algo achatada de color ligeramente perlado, del Nervio Facial.

b) De arriba hacia abajo.

SHUCKSMITH (⁵³) aconseja descubrir el Nervio Facial desprendiendo la glándula del Conducto Auditivo Externo. Esta vía lo conduce indiscutiblemente a la base de la Apófisis Estiloides. Así de arriba hacia abajo, descubre el Nervio Facial. LATHROP (^{34, 35}) utiliza una técnica similar.

Hemos realizado esta técnica en investigación cadavérica. Es perfectamente realizable pero la descubierta del tronco de abajo hacia arriba proporciona más campo quirúrgico y más seguridad en el hallazgo del Nervio Facial.

DISECCION DEL NERVIO Y SUS RAMAS (Fig. 10)

Traccionando la glándula hacia adelante se inicia la disección del Nervio. El tronco y todas sus divisiones están rodeadas por la Glándula Parotídea que le forma un verdadero túnel para cada una de ellas. Dentro de cada túnel se realiza la disección agrandando el espacio con la ayuda de una pinza de HALSTED apoyada hacia arriba por delante del nervio que se disecciona.

Acostumbramos realizar primero la disección de la rama

Cérvico Facial por ser de más fácil manejo. Se libera la rama retromandibular y luego una a una las demás, seccionando los puentes que unen ambos sectores de la glándula entre los nervios.

Es necesario manejar cuidadosamente los nervios. No pinzarlos ni cargarlos con lazos ni hilos. Traumatizarlos lo mínimo para conseguir una recuperación rápida de su función y obtener un postoperatorio sin trastornos.

En todo este tiempo hay que recordar:

—que no existe plano de decolamiento entre ambos sectores parotídeos. No hay lóbulos;

—que la disección se hará seccionando parénquima que en forma de puentes pasan entre las ramas del facial;

—que el sector superficial está vinculado al Plano Vascular, por numerosos pedículos, que atraviesan perpendicularmente el, Plano Nervioso. Su trauma produce hemorragia que es preferible cohibir por compresión mantenida, pues la hemostásis por pinzas puede traumatizar las ramas nerviosas;

—que las ramas del facial se superficializan hacia adelante siendo recubiertas por menos parénquima en su parte anterior. Ello implica una máxima precaución al llegar a ésta para evitar el traumatismo nervioso;

—que la liberación de las ramas del facial puede producir la efracción del tumor. Es necesario evitarla a todo costo para no correr el riesgo de su injerto local. El lavado abundante puede colaborar en la profilaxis de posibilidad.

Una mención debe ser hecha tanto para la descubierta como para la disección del facial cuando se trata de un tumor profundo.

En este caso:

—el tronco del facial puede estar levantado de tal manera que se dirige directamente hacia afuera en vez de adelante, afuera y abajo;

—el tronco del facial puede estar algo laminado o aplastado contra el tumor;

—las ramas están levantadas y aplicadas contra la superficie del tumor profundo;

—el tronco y las ramas pueden estar desplazadas. Lo más frecuente es que ese desplazamiento se haga hacia arriba y el tumor asome por debajo del tronco o por debajo de la rama cérvico facial. Pero también puede estar por debajo de la bifurcación. Todo ello hace difícil la descubierta y liberación de las ramas del facial.

Al continuar la disección de las ramas del Nervio Facial, se llega a la zona donde abandonan la glándula. Si el colgajo cutáneo no ha sido suficientemente levantado, se termina la li-

beración, para poder diseccionar totalmente los filetes del Facial. Si se reconoce se secciona el canal de Stenon, no siendo necesario la colocación de ligadura. Existe la posibilidad de su sección en la liberación. No tiene trascendencia.

En esta forma se extirpa totalmente la parte superficial de la Parótida diseccionando los nervios intraglandulares y seccionando los puentes internerviosos que unen la parte superficial a la profunda. La disección obliga al cirujano a mantenerse en contacto del Plano Neuro Venoso para poder conservar íntegramente al Facial (fig. 11).

La conservación de la Vena Yugular en su totalidad, sin ligarla ni levantarla de abajo a arriba como algunos autores lo indican, al comienzo de la operación, permite mantenerse en el Plano Correcto y exponer totalmente el Nervio Facial y sus ramas. Es un detalle técnico de utilidad práctica.

Terminada la exposición del Nervio y extirpado el sector superficial glandular, es necesario analizar la técnica a seguir:

—Si el proceso patológico es de tipo benigno y asienta sobre el sector superficial glandular, puede ser suficiente la extirpación aislada de ese sector, abandonando la parte profunda, pero es aconsejable su extirpación;

—Si el proceso patológico es de tipo benigno y asienta sobre el sector profundo, es necesario continuar la intervención con la extirpación de ese sector;

—Si el proceso es de tipo inflamatorio crónico, es necesario extirpar el resto o sea el sector profundo.

La extirpación del Sector Profundo es de técnica distinta según su patología (fig. 12).

El sector profundo es voluminoso. Insistimos en que la diferencia de conformación de ambos sectores extra y subfacial, han hecho surgir el concepto de la poca importancia de este último. PATEY (43) ha demostrado que el peso de ambos sectores son aproximadamente iguales. Nuestras disecciones en cadáveres frescos o fijados con glándulas normales, nos han permitido reconocer el volumen del sector profundo subfacial. Por esta razón anatómica la extirpación de él es tediosa y debe ser cuidadosa.

El sector profundo deberá ser diseccionado levantando el Nervio Facial ya expuesto y separando la glándula del sector Vascular. Es perfectamente posible su extirpación conservando todo este sector, separando cuidadosamente la glándula de la Vena Yugular y sus ramas, y de la Carótida Externa y sus ramas. Es necesario ligar las ramas glandulares y manejarse dificultosa-

mente entre los elementos para extirpar el resto glandular. Si es necesario pueden hacerse las ligaduras vasculares necesarias sin ningún riesgo para el paciente, permitiendo ello una amplitud quirúrgica importante.

En casos de tumor en el sector profundo, podrá extirparse éste y luego el resto de la glándula, tratando siempre de evitar el fraccionamiento del tumor.

Se practicará luego la irrigación y el control de la hemostásis.

Se coloca dren de caucho en la zona declive de la incisión. Cierre adecuado de ella con puntos separados. Vendar con compresión elástica.

La cicatrización es habitualmente correcta y la cicatriz queda perfectamente disimulada en los relieves anatómicos normales.

Hemos realizado esta técnica en 13 Observaciones personales, y hemos acompañado en su realización en otros 8 casos no personales. Los resultados han sido excelentes.

Las secuelas de la incisión son mínimas y sólo queda algo deprimida al nivel de la región paróides.

La paresia facial es muy discreta y regresa rápidamente. Toma sobre todo el Facial Inferior y es menor a medida que se perfecciona la técnica.

En dos observaciones comprobamos fístulas salivares intermitentes muy discretas que desaparecieron espontáneamente.

No hemos visto el síndrome de FREI en ninguna de nuestras observaciones.

RESUMEN

—Se realiza una revisión bibliográfica sobre el desarrollo embriológico de la Glándula Parótida y sus vinculaciones con los elementos nerviosos y vasculares de su celda;

—Se puntualizan búsquedas e investigaciones personales en cadáveres frescos y fijados de fetos y adultos; en la disección quirúrgica y por medios de estudios histológicos con inclusiones totales de Glándula Parótida que permiten afirmar que ésta tiene una estructura única, sin lóbulos ni planos de separación interlobular;

—Se insiste en la importancia de la vinculación del Sector Superficial con el plano Vascular. Su valor como elemento anatómico en la Glándula y su importancia quirúrgica;

—Se reseña la Técnica Quirúrgica de la Parotidectomía Conservadora, sobre la base de otros conceptos y con la experiencia sobre 13 observaciones personales.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ADSON, A. W. and OTT, W. O. — Preservation of the Facial Nerve in the Radical Treatment of Parotid Tumors. Arch. Surg. 64: 739, 1923.
- 2) ARDAO, H. — El Tratamiento de los Tumores de la Parótida. VIII Congreso Uruguayo de Cirugía. Tomo I, 1957.
- 3) BAYLEY, H. — Treatment of Tumors of Parotid Gland with Special Reference to Total Parotidectomy. Brit. Journ. of Surg. 28: 377, 1941.
- 4) BAYLEY, H. — Parotidectomy. Indications and Results. Brit. Med. Journ. 1: 404, 1947.
- 5) BAYLEY, H. — Surgical Anatomy of the Parotid Gland. British Med. Journ. 2: 245, 1948.
- 6) BROWN, J. B., MacDOWELL, F. and FREYER, M. P. — Direct Operative Removal of Benign Mixed Tumors of Anlage Origin in the Parotid Region; with Summary of Parotid Tumors in General. Surg. Gynec. and Obst., 90: 257, 1950.
- 7) BYARS, L. T. — Preservation of the Facial Nerve in Operation for Benign Conditions of the Parotid Area. Ann. Surg., 136: 412, 1952.
- 8) BEAHR, O. H. and L'ESPERANCE, B. F. — The Facial Nerve in Parotid Surgery. J. A. M. A., 162: 261, 1956.
- 9) BEAHR, O. H. and ADSON, M. A. — The Surgical Anatomy and Technic of Parotidectomy. Am. J. Surg., 95: 885, 1958.
- 10) BEAHR, O. H., DEVINE, K. D., WOOLNER, L. B. and BULLBU-LIAN, A. H. — Tumors of the Parotid Gland. Their Surgical Management. Arch. Surg., 79: 900, 1959.
- 11) BLAIR, V., MOORE S. and BYARS, L. — Cancer of the Face and Mouth. C. V. MOSBY St. Louis 1941.
- 12) CLARKE, T. H. — Parotid Gland Tumors. Surg. Clin. of N. Amerc. 32: 175, 1952.
- 13) DUVAL, P. — Conservation des Rameaux Superieurs (frente palpébraux) du Facial dans L'extirpation Total de la Parotide en Dehors du Cancer, Technique Operatoire. Rev. de Chir., 49: 132, 1914.
- 14) DUVAL, P. et REDON, H. — Extirpation Totale et Subtotale de la Parotide Avec la Conservation de la Branche Superieur du Facial dans les Tumeurs Mixtes de la Parotide. J. de Chir., 39: 201, 1932.
- 15) DARGEN, M. et DUROUX, P. E. — Données Anatomiques Concernant la Morphologie et Certains Rapports du Facial Intraparotidien. Press. Med. 54: 523, 1946.
- 16) DAVIS, R. A., ANSON, B. J., BUDINGER, J. M. and KURTH, L. A. — Surgical Anatomy of the Facial Nerve and Parotid Gland Based Upon a Study of 350 Cervicofacial Halves. Surg. Gynec. and Obst. 102: 385, 1956.
- 17) FAURE, J. L. — Etude Anatomique sur L'extirpation de la Parotide et la Resection Preliminaire du Bord Postérieur de la Mâchoire. Gazette Des Hop., 68: 353, 1895.
- 18) FINOCHIETTO, R., MARINO, H. y ZAVALA, D. — Parótida. Su extirpación con Conservación Total del Nervio Facial. Rev. Med. Municipal, (Río Janeiro), 2: 790, 1941.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- 19) GREGOIRE, R. — Le Nerf, Facial et la Parotide. *J. Anat. Physiol.*, 48: 437, 1912.
- 20) GUTIERREZ, A. — Investigación Anatómico Quirúrgica de la Región Parotídea. MADRID, 1911.
- 21) GUTIERREZ, A. — Investigación de la Región Parotídea. *Rev. Anat. Quir.* 2: 11, 1923.
- 22) GUTIERREZ, A. — Parotidectomía Total y Anestesia Local. *Rev. de Cir. de Buenos Aires*, 15: 288, 1936.
- 23) GUTIERREZ, A. — Consideraciones Sobre Tumores de la Región Parotídea. *Bol. Soc. Cir. Buenos Aires*, 22: 404, 1938.
- 24) GOÑI MORENO, Y. y RUSSO, A. G. — Parotidectomía Total con Conservación del Nervio Facial. *Bol. y Trab., Acad. Argent. de Cir.*, 28: 722, 1944.
- 25) HENLE, J. — Citado por Mc WHORTER (37).
- 26) HURFORD, F. R. *The Surgical Anatomy of the Parotid Gland.* *Brit. Journ. Surgery.* 34: 186, 1946.
- 27) HERRERO DUCLOUX, K. — Tumores de la Parótida. XXVII. *Congr. Arg. de Cir. Buenos Aires*, 1956.
- 28) JANES, R. M. — Treatment of Tumors of Salivary by Radical Excision. *Cand. Med. Ass. Journ.*, 43: 554, 1940.
- 29) JANES, R. M. — Surgical Treatment of Tumors of the Salivary Glands. *Surg. Clin. North Amer.* 23: 1429, 1943.
- 30) JEROME, A. P. — Management of Tumors of the Parotid Gland. *Ann. Surg.* 140: 164, 1954.
- 31) KLOPP, C. T. and WINSHIP, T. — Treatment of Mixed Tumors of the Parotid Gland by Subtotal Parotidectomy. *Arch. Surg.* 61: 477, 1950.
- 32) KIDD, H. A. — Complete Excision of the Parotid Gland With Preservation of the Facial Nerve. *Brit. Med. Jour.* 1: 989, 1950.
- 33) LUSCHKA, H. — Citado por Mc WHORTER (37).
- 34) LATHROP, F. D. — Technic of Exposing the Facial Nerve as an Aid to Surgery of the Parotid Gland. *Surg. Clin. North Amer.*, 29: 673, 1949.
- 35) LATHROP, F. D. — The Facial Nerve: Technique of Exposure and Repair. *Surg. Clin. North Amer.*, 33: 909, 1953.
- 36) Mc WHORTER GOLDER, L. — Secondary Carcinoma and Primary Cystadenoma of Parotid Gland. Relation of the Lobes of the Gland to the Facial Nerve. *Surg. Clin of North Amer.* 7: 489, 1927.
- 37) Mc WHORTER GOLDER, L. — The Relations of the Superficial and Deep Lobes Parotid Gland to the Ducts and to the Facial Nerve. *Anat. Rec.*, 12: 149, 1917.
- 38) Mc CORMACK, L. J., CAULDWELL, E. E. and ANSON, B. J. — The Surgical Anatomy of the Facial Nerve; with Special Reference to the Parotid Gland. *Surg., Gynec. and Obst.* 8: 620, 1945.
- 39) Mc KENZIE, J. — Parotid Gland in Relation to the Facial Nerve. *Jour. of Anat., London.* 82: 183, 1948.
- 40) MARTIN, H. — The Operative Removal of Tumors of the Parotid Salivary Gland. *SURGERY*, 31: 670, 1952.
- 41) Mc FARLAND, J. — Tumors of the Parotid Region. *Studies of One Hundred and Thirty Five Cases.* *Surg. Gynec. and Obst.*, 57: 104, 1933.
- 42) NOZAR, J. — Anatomía Dinámica. Cabeza y Cuello. Editorial Ciencias, Montevideo, 1958.

- 43) PONS TORTELLA, E. — El Plexo Parotídeo del Nervio Facial y las Anastomosis Periféricas entre Facial y Trigémino. *Med. Clin.*, 38: 836, 1924.
- 44) PATTEN, B. H. — Human Embriology. Blakiston Co. Toronto, 1953.
- 45) PATEY, D. H. and RANGER, I. — Some Points in the Surgical Anatomy of the Parotid Gland. *Brit. Jour. Surg.*, 45: 250, 1957.
- 46) PATEY, D. H. and THACKRAY, A. C. — The Pathological Anatomy and Treatment of Parotids Tumors with Retropharyngeal Extension. *Brit. Journ. of Surg.* 44: 352, 1957.
- 47) PATEY, D. H. and THACKRAY, A. C. — The Treatment of Parotid Tumours in Light of a Pathological Study of Parotidectomy Material. *Brit. Journ. of Surg.*, 45: 477, 1958.
- 48) ROUVIERE, H. et CORDIER, G. — Sur le Developpement de la Glande Parotide et les Conexiones qui existent entre les deux lobes de cette Glande. *Ann. d'Anat. Path.*, 11: 622, 1934.
- 49) REDON, H. — Chirurgie des Glandes Salivaires. Masson Cie. Paris, 1955.
- 50) SISTRUNK, W. E. — Mixed Tumors of the Parotid Gland. *Minnesota Med.* 4: 155, 1921.
- 51) SISTRUNK, W. E. — Tumors of the Parotid Gland. *Surg. Clin. North Amer.* 1: 1515, 1921.
- 52) STATE, D. — Superficial Lobectomy and Total Parotidectomy with Preservation of the Facial Nerve in the Treatment of Parotid Tumors. *Surg. Gynec. and Obst.*, 89: 237, 1949.
- 53) SHUCKSMITH, H. S., BOYLE, T. Mc. and WALLS, K. J. — The Surgery of Parotid Tumors. The Exposure of Main Trunk of Facial Nerve. *Brit. Med. Journ.*, 2: 830, 1951.
- 54) TABAH, E. J. — Surgical Management of Parotids Tumors. *Canad. Med. Ass. Journ.*, 71: 456, 1954.
- 55) WINSTEN, J. and WARD, G. E. — The Parotid Gland, an Anatomic Study. *Surgery*, 40: 585, 1956.

Agradecemos la colaboración prestada por el Prof. Adj. J. J. Scandroglío en la realización e interpretación de los preparados histológicos.

Dr. De Vecchi. — Yo confieso que escuché con muchísimo interés este trabajo de los doctores Suiffet y Mauro y confirma una vez más una frase muy querida de Ramón y Cajal. Cajal decía: No hay cosas agotadas sino hombres agotados en las cosas. Cuando uno piensa que sobre la anatomía de la parótida y del facial se puedan traer cosas nuevas y discutir cosas que es un problema tan conocido, parece increíble y sin embargo es así. El trabajo del Dr. Suiffet fue muy interesante y a mi juicio en lo que se refiere a la anatomía quirúrgica, una de las mejores que yo he escuchado en esta Sociedad. Ahora, desde el punto de vista técnico en sí, nosotros hemos tenido oportunidad, por hacer cirugía maxilofacial en muchos años, abordar el nervio facial de todas las maneras posibles, tanto en lesiones benignas como malignas. Ultimamente, en lo que se refiere a la incisión, nos hemos suscrito en la mujer a una incisión que es superior en lo que se refiere al problema estético. La incisión clásica de parotidectomía, cuando llega a la parte inferior del lóbulo de la oreja, en lugar de tomar por el cuello hacia abajo, rodea la oreja y toma por la línea del pelo. Es la incisión que se usa para

el estiramiento de cara, para corregir arrugas de cara. Da una amplísima vía de abordaje, permite prácticamente ver toda la cara en toda su extensión hasta la línea media del cuello. Hace unas noches yo le mostraba al Prof. Larghero toda la amplitud que da esa vía de abordaje y él se quedó realmente impresionado, tanto, que supe que después en la Clínica, comentó las infinitas posibilidades que da esta incisión, que no deja en la práctica ninguna cicatriz. En lo que se refiere al abordaje en sí del facial, a la disección del facial nosotros creemos que la disección es mucho más fácil haciéndolo de arriba a abajo, y creemos que en la cirugía de la articulación temporo-maxilar como en la cirugía de toda la región de toda la rama montante del maxilar, el primer gesto, el más sencillo pero también el más dramático en lo que se refiere a la actividad, es el amplio decolamiento de la parótida del conducto auditivo externo. No hay posiblemente en cirugía un gesto más simple ni más exangüe que el decolamiento de la parótida del conjunto auditivo externo y ello permite desde el punto de vista práctico abordar toda la región en pocos minutos. Nosotros hace pocos días hicimos el doble abordaje del cuello del condilo para reducir una fractura en poco más de 20 minutos, usando una pequeña incisión periauricular y un decolamiento amplio de la parótida del conducto auditivo externo. El decolamiento amplio de la parótida permite inmediatamente descubrir el nervio facial. ¿Por qué? Porque cuando uno con el dedo toca el conducto auditivo externo óseo, tiene inmediatamente por debajo el borde anterior de la mastoide y la estiloide. Y cuando se tiene la estiloide se tiene prácticamente el nervio facial. Es decir que, a nuestro juicio, en nuestra opinión, es mucho más seguro, mucho menos peligroso en lo que se refiere a la incisión. Además, si en ese momento en que se ha descubierto el nervio facial por la vía yendo de arriba a abajo uno con una gasa o con una cuchara como aconseja hacer Martín, empieza a decolar suavemente la parótida, existan o no existan los glóbulos parotídeos, lo que es evidente es que uno deja un plano que queda por dentro del facial y un plano que queda por fuera del facial. Y procediendo de esta manera el cuco del facial inferior no es tal, porque la disección del facial inferior se hace con una pinza americana, de arriba a abajo y en pocos segundos. Para un cirujano de carrera, acostumbrado a manejar cuellos y a manejar la cara puede abordar tanto de abajo para arriba como de arriba para abajo. Pero es indudable que a nuestro juicio el abordaje de arriba para abajo es mucho más seguro cuanto menos experiencia se tenga en la cirugía de esta región. Era lo único que quería decir y además, agradecerle a los autores de este trabajo.

Dr. Valls. — Yo quiero felicitar al Dr. Suiffet por el trabajo presentado sobre anatomía quirúrgica de la parótida y voy a hablar en virtud de la experiencia anatómica y de la poca experiencia que uno adquiere en general, en cirugía parotídea, porque no son muchos los casos que nos vienen personalmente. Con respecto a la cirugía de la parótida, un punto fundamental era la descubierta del facial. Nosotros hemos aprendido en el Instituto de Anatomía a realizarlo, teniendo algunas nociones que son que el arco que hace el facial nunca pasa por debajo del vértice de la mastoides. De modo que uno puede trabajar con gran tranquilidad, despegar la parótida del esterno mastoideo, levantarla hacia arriba para descubrir el digástrico que es el segundo mojón. Y teniendo ese segundo mojón uno sabe que el facial que está por delante, emerge por delante del digástrico, del agujero digástrico en la base del cráneo, de tal manera

que uno puede dirigirse hacia arriba a despegar la parótida de todo el borde anterior de la mastoidea con toda tranquilidad y se queda por fuera del plano digástrico, sabiendo que no va a tocar el facial. Entonces puede declinar, eso lo hice una vez en un enfermo que tenía un neoplasma, un epiteloma de parótida, lo pude hacer perfectamente bien y descubrir perfectamente el facial. Yo creo que hay una unidad anatómica que no existen los lóbulos; que lo que hace es separar el facial a la parótida en dos partes. Ahora, con respecto al otro punto que es la carótida externa por ramas, por ramitas, ramitas parotídeas que van a la parótida. Y así en los casos que nosotros hemos operado, para sacar el plano profundo de la parótida hemos hecho la ligadura y sección de la carótida externa, hay que tener en cuenta que el plano profundo de la parótida está vinculado a la carótida externa, por ramas, por ramitas, ramitas parotídeas que van a la parótida. Y así, en los casos que nosotros hemos operado, para sacar el plano profundo de la parótida hemos hecho la ligadura y sección de la carótida externa, y al hacer la ligadura y sección de la carótida externa nos hemos venido con la carótida externa y automáticamente con la parte profunda, el sector profundo de la glándula, haciendo después la sección de la arteria maxilar interna, la ligadura y sección de la maxilar interna, nos ha dado una gran facilidad haciendo un vaciamiento completo de la logia parotídea. Es decir que la extirpación de la carótida externa nos ha permitido traernos con ella fácilmente la parte profunda de la parótida.

Dr. Suiffet. — Quiero agradecer los comentarios que ha suscitado esta comunicación. Respecto a lo que ha dicho el Dr. Bosch, no tengo más que agradecerle, porque estamos completamente de acuerdo. Tengo que aclararle al Dr. De Vecchi que nosotros hicimos mención a la técnica de abordaje superior del facial. Esta técnica es muy simple. Estamos completamente de acuerdo que el decolamiento que se establece después de haber desvinculado el plano superficial de la parótida del conducto auditivo externo cartilaginoso le permite a uno ir hasta la base de la estiloides y descubrir directamente el facial. La técnica que preconizamos es un procedimiento mixto que utiliza las dos vías y sus ventajas. Vamos de abajo arriba hasta acercarnos, como dijo el Dr. Valls, a la zona de salida del facial y luego de arriba a abajo de tal manera que al final la única vinculación que le queda a la glándula con el borde posterior de la celda es la conexión con el nervio facial. Es una manera de conducirse muy útil. Puede que en la Cirugía de la articulación temporo-maxilar, sea mucho más conveniente y de elección el abordaje superior, porque en esa cirugía no hay por qué intervenir para nada en el sector inferior parotídeo. Al contrario, es más conveniente reclinar hacia abajo la parótida con todo el facial, para tener el campo libre de complicaciones en la zona donde va a seguir la intervención. Respecto a la arteria carótida externa, dijimos que daba ramas para el sector profundo y superficial y no sólo para el sector profundo. Es uno de los elementos que invalida el concepto de lóbulos parotídeos. Y respecto a la conducta a seguir con ella en la parotidectomía conservadora, que es la única a que nosotros nos referimos, es variable. Hay circunstancias anatómicas donde no hay más remedio que ligar la carótida, pero en los casos que nosotros hemos operado, pudimos hacer perfectamente bien la extirpación completa de la parótida sin ligar la carótida. Desde luego que cuando se va a hacer una parotidectomía total no conservadora, su ligadura está formalmente indicada.