

Parotidectomía superficial conservadora

Dres. Roberto Puig y Carlos Sarroca *

La parotidectomía superficial conservadora es actualmente la operación de elección en la mayoría de los tumores parotídeos. Se hacen diversas consideraciones sobre la anatomía quirúrgica de la región y la disposición en distintos planos de las relaciones vasculares y nerviosas de la glándula. Se describen luego ordenadamente los diversos tiempos del procedimiento.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Parotid gland/surgery.

Los conocimientos anatomopatológicos y anatómoquirúrgicos han llevado a que la parotidectomía superficial conservadora sea actualmente la operación de elección en la mayoría de los tumores parotídeos.

Esta revisión sobre sus aspectos técnicos la hemos realizado en base a nuestra experiencia quirúrgica; a la revisión casuística del Hospital de Clínicas (3); a los trabajos de disección realizados en la Cátedra de Medicina Operatoria con el Dr. Alberto Valls y a la información proporcionada por las publicaciones de Ardao (1), Suiffet (4) y el libro de Redon (2).

El interés en reiterar este tema, radica en la poca frecuencia de esta patología lo que provoca la escasa experiencia que tenemos todos sobre esta técnica.

En el preoperatorio se puede establecer la malignidad de un tumor parotídeo por la clínica, la citología, la sialografía o la biopsia y en consecuencia toma su indicación la cirugía radical. Frente a un nódulo tumoral simple de la parótida siempre es difícil de clasificar, de identificar en cuanto a su benignidad o malignidad; aun incluyendo la biopsia a veces no se puede determinar hasta completar el estudio de la pieza operatoria (1).

El tumor mixto de parótida es el tipo más frecuente y la cirugía de la parótida está dominada y ha sido reglada por el tratamiento de los tumores mixtos. La cápsula tumoral constituye un adecuado plano de disección para la enucleación de estos tumores, pero nunca constituye una barrera histológica para el crecimiento de los mismos. La resección extracapsular limitada es una operación técnicamen-

Clínica Quirúrgica "F" (Prof. Dr. Luis Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

te irrealizable porque corre mayores riesgos de lesión el nervio facial y porque tiene recidivas. La parotidectomía superficial es una operación suficiente y completa en la mayor parte de los casos, asegurando una eficaz resección de todos los tumores del lóbulo superficial y poniendo a cubierto de las extensiones capsulares y extracapsulares de los tumores mixtos.

La parotidectomía superficial es una técnica bien reglada que asegura la protección del nervio facial. La lesión del facial sería un precio excesivo en el tratamiento de procesos que no requieren radicalidad (4).

Después de completada la parotidectomía superficial el estudio inmediato de la pieza operatoria puede indicar la extirpación secundaria del lóbulo profundo. Cuando el nódulo tumoral se encuentre muy profundo en el lóbulo superficial reseca el riesgo de extensiones extracapsulares de los tumores mixtos lleva a completar la resección.

CONSIDERACIONES ANATOMOQUIRURGICAS

Para realizar la operación se requiere un exacto conocimiento de la anatomía glandular, de sus relaciones con el facial y los pedículos vasculares y de los planos topográficos de la región.

Las descripciones de la anatomía clásica describen dos lóbulos: superficial y profundo separados por un plano de clivaje creado por el facial y sus ramas de división. Gregoire compara la glándula a un libro entreabierto por el facial cuyo lomo se dispone arriba uniendo ambos lóbulos. Este concepto de biloculación se mantiene sin variantes y con su favor se desarrolla la técnica de la parotidectomía superficial. La anatomía quirúrgica rectifica estas descripciones: no hay una estructura lobar sino lobulillar. McKenzie compara la glándula parótida con una enredadera atravesando las mallas de un tejido formado por el facial. Es decir *no hay plano de clivaje*, no hay plano de separación en dos lóbulos. La disección quirúrgica se hace siguiendo los tabiques conjuntivos por donde transitan las ramas del facial y seccionando los puentes lobulillares y conjuntivo-vasculares que pasan a través de esas ramas.

Presentado a la sesión conjunta de la Sociedad de Cirugía del Uruguay y la Sociedad de Otorrinolaringología del Uruguay, el 6 de noviembre de 1974.

* Asistente de Clínica Quirúrgica, Médico Colaborador de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Almirante Harwood 6277, Montevideo (Dr. Roberto Puig).

Del punto de vista topográfico la glándula parótida se ubica en una encrucijada de importantes elementos vasculonerviosos que parecerían contradecir o complicar las posibilidades de una cirugía conservadora (4). Sin embargo todas estas estructuras vasculonerviosas comprometen el llamado lóbulo profundo y es posible realizar una parotidectomía superficial sin sacrificar ninguno de estos elementos.

Siguiendo el concepto de Truffert (5) consideramos a la glándula parótida ubicada en el plano subcutáneo recubierta por el plano musculocutáneo que forman el músculo cutáneo del cuello y el risorio de Santorini.

La rama auricular del plexo cervical superficial (5) pasa al plano subcutáneo a nivel del borde posterior del músculo esternocleidomastoideo en su tercio medio y desde allí se dirige verticalmente arriba y adelante hacia el surco auriculomastoideo y pabellón auricular que inerva. Hacia adelante da cierto número de filetes cutáneos que corresponden a la región parotídea; también da filetes anastomóticos para la rama inferior del nervio facial y que terminan en la piel de la región maseterina y mandibular.

El nervio facial entra a la región por el orificio estilomastoideo que se proyecta en la mitad del borde anterior de la mastoidea a una profundidad de 1-2 cm. por delante del borde anterior del digástrico y por detrás de la apófisis estiloides. En su recorrido de 0.5-2 cm. rodea por fuera la apófisis estiloides y da algunas ramas colaterales. El músculo digástrico es la llave para la descubierta del tronco del facial. La apófisis estiloides debe desecharse como referencia no sólo porque tiene variaciones en su longitud y aún puede faltar sino sobre todo porque se encuentra en un plano más profundo. Las colaterales del facial pueden tener utilidad para hallar el tronco: la rama del digástrico puede verse cuando se sigue este músculo hacia su inserción mastoidea; la rama auricular contribuye a la innervación del pabellón y puede conservarse. La rama de división inferior cervicofacial sigue prácticamente la dirección del tronco acompañando a la vena yugular externa y posteriormente la rodea por atrás y por fuera para dirigirse a la cara; en algunos casos este trayecto cervical puede ser extraglandular (Fig. 1) y corre gran riesgo al movilizar el polo inferior de la glándula. La rama de división superior temporofacial se separa del tronco en ángulo variable de 90-120°. La división del tronco del facial se realiza en la mayoría de los casos en el trayecto glandular, su disposición es variable enviándose múltiples anastomosis que pueden llegar a constituir un verdadero plexo atravesado por los lobulillos glandulares y los pedículos vasculares. El facial superior se dispone en una trama conjunta más densa y es relativamente más superficial recubierto por una lámina glandular de poco espesor. El facial inferior está rodeado por tejido más laxo, la rama cervical puede ser extraglandular, pero el resto se encuentra más profundo (Fig. 1).



FIG. 1.—Pieza de disección anatómica (lado izquierdo). El tronco del facial se expone con una pinza. Se observa el trayecto de la rama cervical que acompaña la vena yugular externa y hace todo su recorrido extraglandular.

La vena yugular externa; el plano venoso intraparotídeo. La vena yugular externa se origina profundamente por la confluencia de la temporal superficial y la maxilar interna a nivel del cuello del cóndilo del maxilar en el espesor de la glándula parótida pero en un plano más profundo que el facial; en su trayecto parotídeo se va superficializando y emerge en el polo inferior atraviesa la aponeurosis y se hace subcutánea siguiendo un trayecto oblicuo atrás y abajo que cruza en X al músculo esternocleidomastoideo. En el espesor de la parótida recibe múltiples colaterales constituyendo también un plexo venoso pero más profundo aunque en relación íntima con las ramas del facial. Se constituye así en el espesor de la parótida separando ambos "lóbulos" un plano llamado facio-venoso por Sappey que debe ser respetado en la parotidectomía superficial. Puede haber variantes y los elementos faciovenosos sin perder sus relaciones íntimas pueden entrecruzarse formándose anillos nerviosos o venosos que rodean las ramas alternativamente. Conviene reiterar la relación de la rama cervical del facial inferior con el tronco de la vena yugular externa, de donde resulta que la conservación de la vena en el abordaje es un detalle técnico de gran valor. Redon no considera esta relación, liga la vena yugular externa y aun des-

cubre el ángulo inferior del maxilar donde practica una muesca para fijar un separador antes de ir a buscar el tronco del facial; no es de extrañar que considere habitual cierto grado de parálisis facial transitoria, después de la parotidectomía (2).

Arteria carótida externa-plano arterial. Es el plano más profundo. La arteria penetra en el espesor de la glándula profundamente a través del diafragma estileo y se va superficializando en su trayecto ascendente hasta su división. Es decir que el trayecto del plano venoso y de la arteria carótida se cruzan en X en el plano sagital. Interesa la rama auricular posterior que acompaña al digástrico y se encuentra en el camino del abordaje del facial. La estilomastoidea rama de la auricular acompaña al tronco en su trayecto, y puede ser lesionada. La parotidectomía superficial puede realizarse sin ninguna interferencia con el plano arterial situado profundamente. Se describe como maniobra de conveniencia la ligadura de la arteria carótida externa en su entrada a la logia levantando el polo inferior de la glándula; sin embargo debe tenerse en cuenta cierto riesgo en aquellos pacientes que pudieran tener una obstrucción de la carótida interna con vías de suplencia para la irrigación encefálica por las ramas de la carótida externa (Palma).

Diafragma estileo es el plano más profundo, el piso de la logia. La apófisis estiloides no debe usarse como referencia para la descubierta del tronco del facial.

En suma: del punto de vista topográfico la parotidectomía superficial no interfiere con los pedículos vasculonerviosos de la glándula parótida. No hay un plano de clivaje antómico. La disección quirúrgica se elabora siguiendo las ramas del facial y seccionando los puentes lobulillares y vasculares que vienen del "lóbulo profundo". Los elementos venosos y arteriales transitan en un plano más profundo al quirúrgico y no se requieren ligaduras de troncos principales.

TIEMPOS OPERATORIOS

1) *Anestesia.* Ardao (1) describe los puntos de técnica para ejecutar la anestesia local. La general permite un manejo más cómodo del paciente, y en este sentido es preferible para los tiempos de mayor riesgo de la operación.

2) *Posición del paciente y preparación del campo operatorio.* Elevación del tórax y la cabeza favorecen el drenaje venoso como en la cirugía tiroidea. Rotación de la cabeza hacia el lado opuesto. El campo operatorio debe incluir la hemicara correspondiente para controlar la inervación facial.

3) *Incisión.* Es amplia para asegurar la exposición de la región; se requiere completar la resección del lóbulo superficial y sobre todo exponer los caminos y las guías para la descubierta del tronco del facial. Se han descrito varios modelos según los autores pero en todos los casos hay dos componentes: *un componente facial* para exponer la glándula y que

puede tener variaciones según el tamaño y la topografía predominante del nódulo tumoral: Avelino Gutiérrez hace un trazado horizontal siguiendo el cigoma y luego un trazo vertical por delante del pabellón; Finochietto sigue un trayecto oblicuo. Y *un componente cervical* que atiende a la descubierta del facial y que en todos los casos sigue el borde anterior del esternocleidomastoideo.

4) *Decolamiento del colgajo musculocutáneo anterior.* Se completa la exposición de la glándula en todo el sector ocupado por el nódulo tumoral sin llegar hasta el borde anterior para evitar la emergencia de los ramos del facial. Se debe preservar el ramo auricular del plexo cervical superficial que tiene un trayecto vertical y se puede proteger en el colgajo posterior y se debe preservar la vena yugular externa que en la parte superior es relación importante del ramo cervical del facial inferior (Fig. 1).

5) *Descubierta del vientre posterior del digástrico.* Desplazando el nervio auricular hacia atrás y la vena yugular hacia adelante se incide la aponeurosis del esternocleidomastoideo y profundizando en su borde anterior se descubre el vientre posterior del digástrico. Esta maniobra levanta en forma indirecta el polo inferior de la glándula. La arteria auricular posterior es relación directa del músculo digástrico acompaña su trayecto y puede ser necesaria su ligadura. Siguiendo el digástrico hacia abajo en dirección al hioides se puede descubrir el músculo estilohioideo y por dentro la arteria carótida externa que algunos autores ligan pero que consideramos no es imprescindible en la parotidectomía superficial. Siguiendo el digástrico hacia arriba se podría encontrar su pedículo de inervación proveniente del tronco del facial, vía de descubierta indirecta del mismo pero muy difícil de hallar, por su reducido calibre.

6) *Decolamiento del polo posterior de la glándula.* Esta maniobra está protegida por la descubierta previa del digástrico que da la noción de profundidad y en consecuencia la topografía del tronco del facial. Este decolamiento se realiza por disección roma del cigoma y del conducto auditivo cartilaginoso y óseo.

7) *Descubierta del facial.* Los tiempos previos llevan a la descubierta directa del tronco del facial en el espacio retroglándular pero viniendo desde abajo a favor del riel que constituye el digástrico. Las ramas colaterales del facial ya sea auricular posterior o motora del digástrico podrían servir finalmente, pero ya dijimos que son muy difíciles de hallar por su reducido calibre. La arteria estilomastoidea rama de la auricular posterior es otra guía pero se ubica en profundidad con respecto al tronco y puede no verse. En los casos de nódulos tumorales ubicados posteriormente puede ser difícil la movilización del polo posterior y el espacio para la descubierta del tronco del facial ser muy reducido y muy profundo; en estos casos puede recurrirse a la vía indirecta o centrípeta ubicando previamente alguna de las ramas periféricas ya sea la cervical



FIG. 2.—Dibujo anatómico tomado de Suiffet-Mauro (lado derecho). Se ha completado la disección del plano extrafacial y el decolamiento del "lóbulo superficial" que está levantado por un separador. En el lecho operatorio se observa el facial y sus ramas de división: la rama inferior cervical acompaña la vena yugular externa que no debe ser ligada.

que transcurre junto a la yugular externa, la rama bucal que va junto al Stenon o la rama orbitaria y siguiendo estas ramas llegar al tronco. En cualquiera de los dos casos la última maniobra para ubicar al tronco será la antepulsión de la rama montante del maxilar traccionando con una suave separación del borde posterior. Descartamos la manera de Redon que practica una muesca en el ángulo porque en esta topografía se puede lesionar la rama cervical que acompaña a la yugular externa.

8) *Disección del plano extrafacial-decolamiento del "lóbulo superficial"*. No corresponde discutir el problema que plantean los tumores del lóbulo profundo porque escapan al motivo de esta presentación y porque entendemos que no puede ser un hallazgo operatorio porque lo debe reconocer la sialografía previa. La disección y el clivaje quirúrgico se hace lentamente a tijera siguiendo los tabiques conjuntivos que ocupan las ramas del facial. Según el tipo de división del nervio será la dificultad, siendo mayor en las disposiciones

plexiformes. Se comienza por la rama cervicofacial incluida en un tejido más laxo. La ligadura previa de la yugular externa y su tracción con el polo inferior de la glándula es un grosero error que puede facilitar la lesión de esta rama inferior. La disección progresiva seccionando puentes glandulares lobulilares y pedículos vasculares que se deben hemostasiar progresivamente con mucho cuidado, para no lesionar las ramas de división del nervio (Fig. 2). Con las ramas nerviosas a la vista se completa el decolamiento del plano musculocutáneo y finalmente se completa la parotidectomía superficial seccionando el canal de Stenon sin ligadura. El conducto de Stenon es variable en sus orígenes y a veces puede corresponder en forma predominante al lóbulo profundo no hallándose en esta disección superficial.

9) *Control de hemostasis-lavado*. La hemostasis debe completarse en lo posible por compresión de los pequeños pedículos; las ligaduras ponen en riesgo los pequeños ramos nerviosos. El lavado con arrastre lleva los lobulillos glandulares que se sueltan al ir seccionando los puentes que atraviesan el enrejado.

10) *Cierre con drenaje*. Se deja una lámina de goma o un pequeño tubo que se saca por contrabertura declive y se conecta a un frasco al vacío.

RÉSUMÉ

Parotidectomie superficielle conservatrice.

La parotidectomie superficielle conservatrice est actuellement l'opération la plus indiquée dans la plupart des tumeurs parotidiennes. Des considérations diverses sont faites sur l'anatomie chirurgicale de la région et la disposition sur plusieurs plans des relations vasculaires et nerveuses de la glande. Les diverses étapes du procédé font ensuite l'objet d'une description ordonnée.

SUMMARY

Conservative superficial parotidectomy

Conservative superficial parotidectomy is, at present, the surgery of choice in most parotid tumors. The present work discusses the surgical anatomy of the area, and the arrangement in different layers of the vascular and nervous elements of the gland. The different stages of the procedure are described in their due order.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARDAO HA. El tratamiento de los tumores de la parótida. *Congreso Uruguayo de Cirugía* 39, 1: 11, 1957.
2. REDON H. *Chirurgie des glandes salivaires*. París, Masson, 1955.
3. SARROCA C. Tumores parotídeos. Monografía. Facultad de Medicina, Montevideo, 1973 (inédita).
4. SUIFFET W y MAURO L. Parotidectomía conservadora. *Bol Soc Ctr Urug*, 32: 690, 1961.
5. TESTUT L y LATARJET M. *Tratado de Anatomía Humana*. Barcelona, Salvat, 1949.