

Parotidectomía conservadora

Aspectos de técnica

Dres. Carlos Sarroca, Alberto Valls y Pablo Matteucci

Los autores presentan una revisión de distintas tácticas y técnicas de parotidectomía conservadora, resaltando los caracteres fundamentales de las mismas.

Prefieren las técnicas que individualizan el VII par por su tronco preglandular. Se hace énfasis en la utilidad de combinar las técnicas de hallazgo del nervio y extirpando además la aponeurosis del ECM, en el sector en que adhiere la glándula, considerando así la intervención más oncológica menor en cuanto a la posibilidad de siembra tumoral o de herida nerviosa.

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

La parotidectomía conservadora es una intervención poco frecuente por la baja incidencia de Patología Quirúrgica (7, 8, 9, 20, 26), estando el mayor número de intervenciones dirigido al tratamiento del adenoma pleomorfo o tumor mixto, por ser la patología tumoral más frecuente, seguido en frecuencia por las neoplasias malignas.

Por esos motivos y luego de haber intervenido cierto número de casos, el deseo de enfatizar maniobras quirúrgicas que pueden ser de interés en la realización de una parotidectomía.

Antiguamente se indicaba para los tumores benignos, la *enucleación* o *enucleo-resección* (6, 13), cuyos resultados eran: altos porcentajes de recidivas, fistulas salivales y lesiones nerviosas. Por este motivo los tumores considerados benignos eran dejados evolucionar para ser tratados al ser voluminosos.

El mejor conocimiento de la Patología Tumoral Parotídea determinó intervenciones amplias, radicales. Se indicaron las parotidectomías totales sin conservación del nervio facial (6), resecaando órganos vecinos y por incisiones antiestéticas.

Estudios anatómo-quirúrgicos admiten que es viable conservar el VII par en esta glándula subcutánea, enfocándose el estudio del trayecto nervioso extra e intraglandular (11, 12, 15).

Clinica Quirúrgica "F" (Prof. Luis A. Praderi), Hospital de Clínicas, y Departamento de Cirugía del Hospital Central de las Fuerzas Armadas Montevideo.

No es aceptada por diversos autores la existencia de dos lóbulos.

En nuestro medio son de importancia los trabajos de Ardao (1), Nozar (14) en 1957 y el de Suiffet y Mauro (24) en 1961.

Se llega al planteo de intervenciones no tan radicales, conservadoras del nervio, con altos índices de curación (5). No pierde vigencia, en los casos que está indicada, la parotidectomía radical, desechándose el concepto de dejar evolucionar los tumores para luego tratarlos.

En el momento actual ésta es la cirugía del nervio facial, ya que el hallazgo del *plano del nervio* es capital para realizar una intervención correcta y conservadora. Es posible abordarlo por las ramas faciales, cervicales o por el tronco del nervio (1, 8, 9, 10, 21, 22). Esta última maniobra se puede realizar, como señala Suiffet (24) en forma descendente o ascendente, a lo cual sumamos la posibilidad de hacerla en forma combinada.

Reseñaremos los caracteres fundamentales de las técnicas, ya que existen comunicaciones que las señalan en detalle (1, 9, 16, 21, 23, 24). Finalmente expondremos la forma que hemos adoptado.

PAROTIDECTOMIA CONSERVADORA POR DESCUBIERTA DE LAS RAMAS FACIALES DEL VII PAR

Técnica señalada por State (22) en 1949 e indicada por Lathrop (9) para los grandes tumores.

Es necesario exponer la totalidad de la glándula. Guiados por el concepto de Patey (15) que el plano venoso es más profundo que el nervioso, se procede a la búsqueda de las finas ramas nerviosas, descubriendo el ramo máximo por la relación que guarda con el Stenon al cual acompaña en su emergencia anterior, o la relación con los vasos transversos de la cara. A partir de este punto se reseca la glándula en forma retrógrada avanzando sobre el plano nervioso.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 12 de abril de 1978.

Profesor Adjunto de Semiología Quirúrgica, Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica y Profesor Adjunto de Semiología Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Pilcomayo 5393, Montevideo (Dr. C. Sarroca).

PAROTIDECTOMIA CONSERVADORA POR DESCUBIERTA DEL RAMO CERVICOFACIAL

Señalada por Sistrunk (22) en 1921, quien la indicaba en la recidiva, luego de la enucleación.

Se procede a la descubierta del ramo cervicofacial junto al ángulo de la mandíbula, donde el nervio desciende por detrás de la vena yugular externa para cruzarla por fuera, en íntima relación con el polo inferior parotídeo. A su vez es allí donde nace el filete cervical del facial.

Autores como Kidd (8) descubren el nervio en su cruce con los vasos faciales.

Pueden ser útiles estas maniobras al no hallarse el tronco del nervio o la existencia de un tumor que no permita abordarlo en otro sector.

PAROTIDECTOMIA CONSERVADORA POR DESCUBIERTA DEL TRONCO DEL NERVIOS FASCIAL

Técnica que tiene muchos adeptos (1, 3, 4, 6, 11, 16, 17, 27). Utiliza referencias anatómicas estables de la región, lo que hace segura la intervención.

Puede ser realizada en tres formas:

A) Descubierta descendente del tronco nervioso

En 1949 Lathrop (9) la indica en el tratamiento primario de los tumores de la glándula, siendo también señalada por Shucksmith (21) en 1951. Para ello se desprende la glándula del conducto auditivo externo y de la mastoide, próximo a la base de la apófisis estiloides halla el nervio en el momento que la cruza por fuera, dirigiéndose abajo y afuera.

Autores como Treible (25) buscan la sutura tímpano - mastoidea, hallando el nervio unos 6 a 8 milímetros por dentro.

También es posible por descubierta del hueso timpanal, hallando el nervio unos 5 milímetros por debajo de su borde.

Beahrs y Adson (3) (1958) desprende del conducto auditivo y mastoide la glándula, a la cual tracciona hacia adelante. Se profundiza en el tejido glandular y a nivel del tercio medio de mastoide halla el tronco del VII par en el momento de su división.

Woods y Beahrs (27) en 1976, proceden en una forma similar, traccionando la glándula con pinzas hacia delante, pero sin penetrar en el parénquima parotídeo, encontrando el nervio antes de abordar la glándula actuando con la referencia anteriormente señalada.

B) Descubierta ascendente del tronco del nervio facial

De acuerdo con esta técnica, señalada en 1903 por Avelino Gutiérrez y expuesta en nuestro medio por Ardao (1) en el VII Congreso Uru-

guayo de Cirugía. Trazada la incisión es decolado el colgajo anterior, ligando y seccionando la yugular externa. Decolamiento del colgajo anterior. Se desprende la glándula del esternocleidomastoideo (ECM) hasta mastoide, se eleva el polo inferior parotídeo, descubriendo el vientre posterior del músculo digástrico, para hallar la arteria carótida externa por dentro del borde superior de este músculo, al penetrar en la logia parotídea. Siguiendo el digástrico por su borde superior, contra la mastoide, se halla el nervio, procediendo luego a la resección glandular.

Suiffet y Mauro (24) hacen una excelente revisión de la anatomía y de las técnicas, señala también que no es necesaria la sección de la yugular externa ni la ligadura de la carótida externa en la parotidectomía superficial. Puig (16) posteriormente reitera estos hechos.

Faure (6) (1893) procede en forma similar para la resección glandular avanzando por dentro de la aponeurosis del ECM y además reseca un sector de la rama montante del maxilar para facilitar la resección del sector profundo glandular.

Guiados por las diferentes técnicas quirúrgicas, del estudio clínico - patológico de los tumores parotídeos (18, 19, 20) y haber intervenido algunos tumores de esta glándula, hemos considerado de interés señalar aspectos de técnica que pueden ser de interés:

C) Descubierta combinada

Incisión: La señalada por Avelino Gutiérrez, adecuada a la patología tumoral, topografía, tamaño del tumor y al paciente.

Se labra el colgajo anterior, traccionándolo con puntos de lino, no usando pinzas. Penetramos en esta forma en un bivalvo (MAY), representado por piel, celular, músculos de la cara y un segundo plano, profundo, formado por la glándula parotídea y el músculo masetero. Es el plano de disección. Se expone parcialmente la glándula, no sobrepasando el tercio medio de la arcada zigomática con el fin de evitar la zona de emergencia facial de los filetes nerviosos, adecuándose la extensión del colgajo al avance de la resección glandular. A nivel del cuello se preservan la yugular externa así como el ramo auricular del plexo cervical y observando de no lesionar ramos cervicales del VII par que pueden hallarse junto al polo inferior glandular (fig. 1).

Incindimos la aponeurosis del ECM, medio centímetro por detrás de su borde anterior, desde el polo inferior parotídeo a mastoide, traccionando del borde anterior de sección al zenit, liberando el músculo hasta su borde anterior (fig. 2).

Seguidamente se desprende la glándula en sentido descendente: del conducto auditivo externo y mastoide, llegando a palpar en profundidad el hueso timpanal.

A continuación, a nivel cervical, se incinde el borde anterior de la aponeurosis del ECM, por dentro de la vaina, junto al borde anterior del músculo, ascendiendo en esta maniobra hasta mastoide de donde se desinserta (fig. 2).

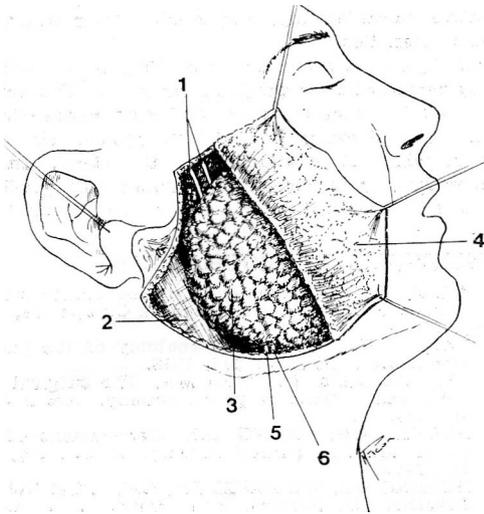


FIG. 1.— 1) Pediculo auriculo temporal; 2) Músculo ECM; 3) Parótida; 4) Colgajo anterior; 5) Nervio auricular posterior; 6) Vena yugular externa.

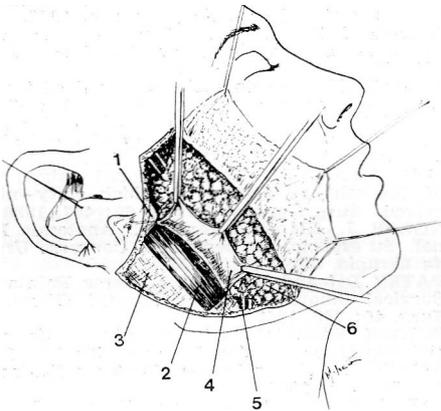


FIG. 2.— 1) Mastoide; 2) ECM sin su aponeurosis; 3) ECM; 4) Aponeurosis del ECM desprendida y reclinada adelante; 5) Nervio auricular posterior y vena yugular externa; 6) Parótida.

Al estar liberada la glándula de sus inserciones superiores y traccionándola hacia abajo y adelante, queda expuesto el vientre posterior del músculo digástrico. En esta maniobra queda el sector aponeurótico liberado junto a la glándula, correspondiendo al sector de adherencia normal de ambos elementos.

Se procede a la descubierta del tronco del VII par craneano antes de su abordaje glandular siguiendo el borde superior del digástrico, contra la mastoide. Formando el nervio la bi-

sectriz del ángulo entre digástrico y conducto auditivo externo (Fig. 3).

La resección glandular se hace aprovechando los túneles celulares que rodean al nervio y sus ramas, las que se distribuyen en un plano anterior al plano venoso, conservándose de esta forma la vena yugular externa, reseca la totalidad de la porción extrafacial, llamada lóbulo superficial (fig. 4). El canal de Stenon es seccionado y abandonado. En caso de tumor del sector profundo se reseca el sector a través de las ramas nerviosas, lo que lleva a seccionar la yugular externa que se inicia en ese sector y en algunos casos es necesario seccionar la carótida externa en la forma antes ex-

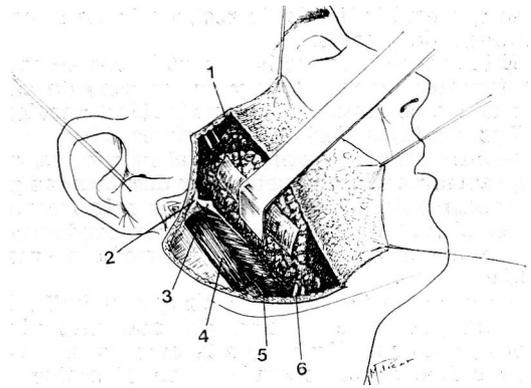


FIG. 3.— 1) Parótida; 2) Mastoide; 3) Tronco del nervio facial; 4) ECM; 5) Digástrico; 6) N. Auric. post. y Vena yugular ext.

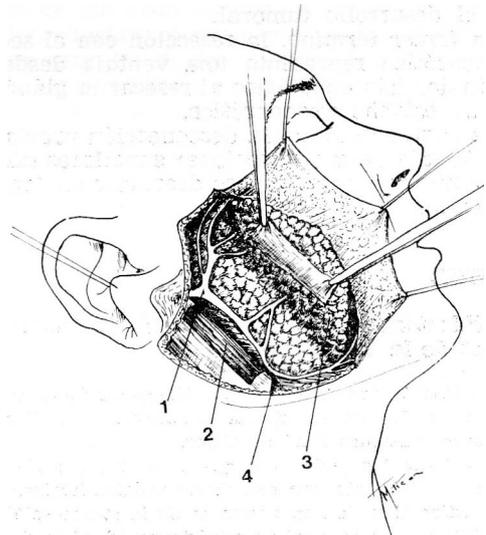


FIG. 4.— 1) Nervio facial; 2) ECM; 3) Sector glandular reclinado para su resección; 4) Vena yugular externa.

puesta por la íntima relación con el parénquima parotídeo.

A continuación se realiza una hemostasis cuidadosa, cierre de los planos de cubierta, se coloca un drenaje aspirativo por contraabertura. Curación compresiva. Esta técnica es posible en los casos en que el tumor permita el abordaje del tronco del VII par y de allí la necesidad de conocer las otras técnicas.

En caso de cáncer parotídeo y decidido conservar el ECM, es posible actuar en una forma similar al abordar el tronco nervioso por fuera de la logia glandular. Seguidamente se descubren las ramas de emergencia faciales y cervicales del nervio, para luego reseca la glándula y si se cree necesario completar con un vaciamiento ganglionar.

De esta forma es posible conservar un sector de nervio preglandular que permite, en el caso que esté indicado, la restitución de la continuidad del nervio.

Estas maniobras las hemos utilizado en casos de tumores no malignos y en un caso de cáncer donde se restituyó la continuidad nerviosa.

Las ventajas derivan en primer término de descubrir el tronco primario del nervio, ya que las ramas nerviosas pueden ser desplazadas por el crecimiento tumoral, lo que es más frecuente en el sector cérvico-facial por predominar los tumores en el espacio intermáxilo-mastoideo.

En segundo término esta cirugía se halla dominada por la existencia del adenoma pleomorfo, tumor no limitado a la cápsula, con una mayor frecuencia topográfica en el sector inferior, cercano a la zona de emergencia nerviosa, por lo que debe evitarse entrar en contacto en ese sector con la glándula por la posibilidad de siembra tumoral, lo que se evita al abordar el nervio por dentro de la vaina del ECM, ya que no se desprende la glándula de su inserción aponeurótica, sumando a esto que por esta vía se evita la posibilidad de agresión de una rama nerviosa que fuese desplazada por el desarrollo tumoral.

En tercer término, la resección con el sector aponeurótico representa una ventaja desde el punto de vista oncológico al reseca la glándula con su estuche aponeurótico.

En cuarto término, la desconexión previa de la glándula de sus inserciones superiores ofrece un campo más amplio para descubrir un órgano profundo.

RESUME

Parotidectomie avec conservation du facial. Aspect de la technique

On présente une révision des différentes tactiques et techniques de parotidectomie conservative soulignant ses caractéristiques fondamentales.

On préfère les techniques qui font une individualisation du VII pair par son tronc pré-glandulaire. On fait l'extirpation de l'aponeurose de le sterno-cléido-mastoïdien dans sa portion supérieure où s'attache la glandule. La possibilité de semailles tumorales ou de blessure nerveuse est ainsi plus petite.

SUMMARY

Conservative parotidectomy. Technical aspects

Review of different tactics and techniques in conservative parotidectomy, emphasizing their fundamental characteristics.

Techniques individualizing the VII pair are preferable by reason of their preglandular trunk. The authors point out the usefulness of combining nerve-finding techniques and extirpation of SCM aponeurosis in the area in which it is attached to the gland. In this manner surgery is oncologically minor and possibility of tumoral dissemination or nervous wounds is reduced.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARDAO H. El Tratamiento de los Tumores de la Parótida. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 7º, 1957, p. 11.
2. BAILEY H. The surgical anatomy of the parotid gland. *Br Med J*, 2: 245, 1948.
3. BEAHR OH and ADSON MA. The surgical anatomy and technic of parotidectomy. *Am J Surg*, 95: 885, 1958.
4. BEAHR OH, CHONG GC. Management of the facial nerve in parotid surgery. *Arch Surg*, 124: 473, 1972.
5. BEAHR OH, WOOLNER LB, CARVETH SW and DEVINE KD. Surgical management of parotid lesions. *Arch Surg*, 80: 890, 1960.
6. FAURE JL. Etude anatomique sur l'extirpation de la parotide et la resection preliminaire du bord postérieur de la machoire. *Gazette Hôp*, 68: 353, 1956.
7. HERRERO DUCLOUX K. Tumores de la parótida. *Relato. Congreso Argentino de Cirugía*, 28º, 1956.
8. KIDD HA. Complete excision of the parotid gland with preservation of the facial nerve. *Br Med J*, 2: 989, 1950.
9. LATHROP FD. Technic of exposing the facial nerve. *Surg Clin North Am*, 29: 673, 1949.
10. LATHROP FD. The facial nerve. Technique of exposure and repair. *Surg Clin North Am*, 33: 909, 1953.
11. MARTIN H. The operative removal of tumors of the parotid salivary gland. *Surgery*, 31: 670, 1952.
12. MCCORMACK LJ, CAULDWELL EW and ANSON BJ. The surgical anatomy of the facial nerve. *Surg Gynecol Obstet*, 80: 620, 1945.
13. MCFARLAND J. Three hundred mixed tumors of the salivary glands, of which sixty-nine received. *Surg Gynecol Obstet*, 63: 457, 1936.
14. NOZAR J. Glándula Parótida. Anatomía Funcional. Su espacio, sus pedículos. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 7º, 1957, p. 53.
15. PATEY DH and RANGER I. Some Points in the Surgical Anatomy of the Parotid Gland. *Br J Surg*, 45: 250, 1957.
16. PUIG R, SARROCA CA. Parotidectomía superficial conservadora. *Cir Uruguay*, 45: 349, 1975.
17. REDON H. Chirurgie des glandes salivaires. Paris. Masson, 1955.
18. SARROCA CA. Cánceres parotídeos. Monografía. Fac. Med. Montevideo, 1975 (Inédita).
19. SARROCA CA. Tumores de la glándula parótida. *Cir Uruguay*, 45: 345, 1975.
20. SARROCA CA. Tumores parotídeos. Monografía. Fac. Medicina Montevideo, 1976 (Inédita).
21. SHUCKSMITH HS, BOYLE T and WALLS WKJ. The surgery of parotid tumors. Exposure of main trunk of facial nerve. *Br Med J*, 2: 830, 1951.
22. SISTRUNK WE. Tumors of the parotid gland. *Surg Clin North Am*, 1: 1515, 1921.
23. STATE D. Superficial lobectomy and total parotidectomy with preservation of the facial nerve in the treatment of parotid tumors. *Surg Gynecol Obstet*, 89: 237, 1949.
24. SUIFFET W, MAURO L. Parotidectomía Conservadora. Fundamentos anatómicos. Técnica quirúrgica. *Bol Soc Cir Uruguay*, 32: 690, 1961.
25. TREIBLE WM. Symposium: Management of tumors of the parotid gland III Management of the facial nerve. *Laryngoscope*, 86: 25, 1976.
26. WILLIS RA. Pathology of tumors. Estados Unidos. Mosby, 1953.
27. WOODS JE and BEAHR OH. A technique for the rapid performance of parotidectomy with minimal risk. *Surg Gynecol Obstet*, 142: 87, 1976.