TUMOR MIXTO DE PAROTIDA

Dr. Domingo Prat

Recientemente hemos operado un tumor mixto de la parótida izquierda, del tamaño de una mandarina grande, en el que realizamos la extirpación casi total y completa de la parótida, sin que se produjese parálisis facial y como esta amplia extirpación la realizamos sin recurrir a las brechas ampliatorias quirúrgicas que han preconizado varios cirujanos, hemos creído interesante comentar este caso de cirugía cérvico facial con nuestros colegas de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.

M. T. S. de D., casada, de 26 años de edad, nos es enviada en consulta por nuestro colega y amigo el Dr. F. Calleriza.

Hará unos 2 años y medio, notó que se le formaba un nódulo en la parte izquierda del cuello y que fué creciendo progresivamente, hasta adquirir el volumen actual, que es el de una mandarina grande. No le ha molestado para nada, ni le ha dolido esa tumefacción y ahora, viene a consultarnos porque según opinión de los médicos, ese bulto, le puede acarrear desagradables consecuencias.

Al examen, comprobamos que se trata de una mujer joven, con un estado general excelente y una conformación completamente normal. Cráneo normalmente desarrollado, ojos con motilidad perfecta y sin alteraciones pupilares. Nariz bien conformada y fosas nasales libres. Boca normal, con algunas piezas careadas, pero que han sido cuidadosamente tratadas.

En la región parotídea izquierda, se observa un tumor redondeado, que levanta el pulpejo de la oreja y que se extiende desde la base de este pulpejo, hasta por debajo del ángulo del maxilar, invadiendo la región cervical. La tumefacción saliente y hemiesférica es convexa en el sentido vertical y transversal, siendo más larga que ancha; levanta la piel de la región, que no presenta alteraciones.

En la cara no existe parálisis alguna y ella es de una simetría regular, con una motilidad completamente normal.

A la palpación la piel desliza libremente sobre la tumefacción y ésta, está incluida en la canaleta de la parótida, entre el borde posterior de la rama ascendente del maxilar y la mastoide. Se moviliza en el sentido trans-

versal y vertical, más amplios los movimientos, en el sentido transversal.

A la palpación el tumor es duro, ligeramente irregular en su superficie y parece presentar algunas zonas con partes más blandas; sin embargo su consistencia es bastante uniforme.

En su evolución la tumefacción ha englobado casi toda la parótida, aunque su mayor desarrollo parece haberse producido mucho más hacia atrás, que para adelante. Se comprueba esto, al establecer que la parte posterior de la tumefacción está en contacto íntimo con el borde anterior de la mastoide y del esterno cleido, a tal punto, que no se puede deslizar el dedo entre estas dos superficies.

La palpación bimanual de la tumefacción, colocando para ello, un dedo en la faringe, no revela proyección de la pared faríngea por el tumor aunque se percibe la propulsión faríngea cuando la mano externa comprime el tumor.

No ha habido crecimiento rápido del tumor en este último tiempo, sin embargo, el volumen del tumor alcanza ya al tamaño de una pera mediana.

Pulso normal, 70 pulsaciones.

Exámenes. Orina. Urea 15 grs. 60. Cl. 10 grs. 20. Elementos anormales no contiene. Urobilina sí.

Examen microscópico, escasos leucocitos.

Sangre: Tiempo de coagulación por punción venosa a 37° 8 minutos.

Tiempo de sangría: 2 minutos. Retracción normal del coágulo. Urea en el suero, 0 gr. 50.

Establecemos el diagnóstico de tumor mixto de la parótida cuya terapéutica resolvemos realizar por la extirpación amplia del tumor y de la parótida, lo que significa casi seguramente, el sacrificio de una parte o de todo el facial, de lo que advertimos previamente a la enferma.

Se prepara a la paciente, con un régimen adecuado para hacer descender la urea; se le indica calsodin, glucolin, jugos de frutas azucaradas y 50 gotas de digitalina.

Operación: Drs. Prat e Iraola. Anestesia crepuscular y local. Desinfección de la región operatoria con mercurio cromo. Incisión de Gutiérrez para la extirpación de parótida, reduciendo mucho, la extensión de la incisión paralela a la arcada zigomática. Sección de piel tejido celular y aponeurosis en toda la extensión de la herida; atrás, liberamos el borde anterior del esterno cleido mastoideo que está proyectado muy posteriormente por el gran desarrollo del tumor parotideo, que llena completamente el hueco maxilo mastoideo. Se libera la parte posterior del tumor, disecándolo de la mastoide y del músculo esterno cleido, hasta que aparece libre casi todo el reborde posterior del tumor que llena y ocupa toda la parótida. Se trata de visualizar el digástrico, pero no lo logramos, por la gran exhuberancia del tumor que lo recubre ampliamente.

Se aísla y libera el polo inferior del tumor que rebasa ampliamente el ángulo maxilar y que invade también, toda esta porción de la parótida.

Abordamos en seguida el polo superior del tumor, para lo cual, desprendemos completamente el pulpejo de la oreja y hacia atrás el pabellón, podemos liberar bien, la parótida de la porción cartilaginosa del conducto auditivo

externo, hasta visualizar el plano muscular del masetero. Esta parte de la parótida es normal, ya que no está invadida por el tumor y al realizar esta disección del polo superior, tratamos de visualizar el facial, para aislarlo y conservarlo.

No logramos realizar esta visualización, hasta que liberamos bien el polo superior del tumor y nos permite reclinarlo hacia adelante, entonces al diseccionar la parte alta de la canaleta maxilo mastoidea, vemos el tronco del facial que contornea la parte superior del borde posterior de la rama ascendente del maxilar, bien profundo, con muy poca glándula normal por debajo.

Se libera y se aísla bien el tronco del facial y casi en seguida se ve su bifurcación. Nos preocupamos de aislar bien su rama superior, liberándolo de la parótida tumoral y aunque creíamos que la rama del facial inferior, sería fatalmente sacrificado. la liberamos también y vemos que casi en seguida, se dirige profundamente y llega a la cara superficial del masetero.

Totalmente liberado el tumor en la parte posterior, superior y profunda, se libera a continuación el vientre posterior del digástrico, que recién podemos ver bien, después de haber movilizadocompletamente el tumor hacia adelante y arriba, lo que nos permite localizar la carótida externa, pero que una vez aislada, no la ligamos todavía, porque teniendo completamente liberado y aislado el tumor, nos parece que será innecesario el sacrificio de la carótida externa.

El colgajo anterior de piel, de la incisión de Gutiérrez, que ha sido diseccionado para poner al descubierto, el prolongamiento anterior de la parótida, nos permite liberar y extirpar la parótida del masetero, respetando el facial ya aislado y se liga el pedículo parotideo anterior (arteria angular de la cara y canal de Stenon).

La parótida está casi totalmente desprendida y sólo se mantiene fijada por unas tenues adherencias en el fondo del hueco parotideo, que liberamos a punta de tijera, usándola como sonda acanalada. Extirpada la parótida, este hueco parotideo queda completamente limpio, al examen visual no se ven restos de tejido parotideo y a la palpación, los tejidos son de consistencia blanda y normal. La carótida externa se ve y se palpa en el fondo de esta canaleta, lo que quiere decir, que ella corría en contacto con la parte profunda de la parótida, sin estar englobada por el parénquima glandular y por eso, se pudo extirpar toda la cara profunda o faríngea de la parótida, sin tener que ligar la carótida externa.

Hemostasis completa del campo operatorio, que se reduce a ligar algunos pequeños vasos que sangran y realizamos una cuidadosa exploración del campo operatorio, que nos permite comprobar que hemos realizado una extirpación completa y casi total de la parótida, extrañándonos que la hayamos podido practicar sin tener que sacrificar ni la carótida externa ni el facial.

Reaplicamos el colgajo de piel, haciendo coincidir cuidadosamente, sus entrantes y saliencias, que fijamos con unos puntos cardinales de afrontamiento y presentación. Se sutura la herida con puntos separados de hilo de lino, reconstituyendo cuidadosamente el pabellón de la oreja y el pulpejo. Se deja un pequeño drenaje. Curación.

La enferma toleró perfectamente el acto operatorio sin manifestar dolores y la anestesia local nos permitió comprobar cuando lo creímos necesario, la integridad del facial, provocando la movilidad voluntaria de la cara. Tampoco tuvo mayores dolores en el post-operatorio, puesto que no necesitó ninguna inyección calmante y al día siguiente de la operación, pudo amamantar a su hijita de seis meses. A las 24 horas se retira el drenaje. El examen macroscópico de la pieza operatoria nos permite establecer las siguientes comprobaciones. El tumor tiene el volumen de una pera mediana y se presenta como una tumefacción totalmente encapsulada y en todas partes la extirpación se ha realizado por fuera de esa cápsula, presentándose en partes, rodeada por parótida de aspecto normal.

Al corte, la tumefacción presenta un color blanco, con aspecto de carne de pescado, que nos impresiona muy desagradablemente, puesto que macroscópicamente nos parece un neoplasma, con parénquima granuloso, que se disocia muy fácilmente.

El post-operatorio fué excelente, la herida dió apenas un poco de secreción y curó por primera. La enferma se levantó al tercer día, se fué para la casa a los cinco y a los diez días se quitaron los puntos de la piel.

El resultado del examen histológico realizado por el Profesor Carlos M. Domínguez, fué el siguiente:

“Tumor de parótida del tamaño de una mandarina grande circundado de una fina cápsula en cuya cara externa se observan varias lobulaciones hemiesféricas, irregulares y de tamaños variables, siendo la mayor como un garbanzo aplanado. La superficie de sección muestra un tejido blanquecido, flojo, granulado, impregnado de abundante sustancia hialina.

El microscopio muestra, una estructura de tumor mixto: mixo-fibroso-endotelial y algunos cordones epiteliales a pequeñas células.

En las lobulaciones extra capsulares, se observa una constitución similar, predominando la mixomatosa; mas hacia afuera de estas formaciones periféricas hay tejido parotideo atrófico. No encontramos transformación maligna, pero indicamos la posible reproducción debido a núcleos pericapsulares incluidos en el lecho”.

Firmado: **Carlos M. Domínguez.**

El caso que presentamos a la consideración de la Sociedad de Cirugía es un tumor mixto de la parótida, que fué diagnos-

ticado clínicamente y confirmado luego por el examen histológico al comprobar que se trataba de un mixo-fibro endotelioma con cordones epiteliales. El tumor mixto de la parótida, corresponde a un grupo de tumores muy complejos de las glándulas salivares, sobre los cuales se ha discutido mucho, sin que se hayan puesto aun de acuerdo los patólogos sobre su patogenia y que por lo tanto, no se ha dicho sobre ellos, la última palabra.

A propósito de nuestro caso, no pretendemos reanudar esta prolongada discusión; sólo deseamos, realizar breves comentarios sobre los puntos principales: la tendencia recidivante y la frecuente evolución maligna de estos tumores y hacer consideraciones sobre su terapéutica y la técnica operatoria, referentes fundamentalmente a establecer, cual debe ser el tratamiento de elección; la enucleación simple del tumor o la parotidectomía y la conducta a seguir con el nervio facial.

El tumor mixto de la parótida ha sido considerado como un tumor benigno, porque es un tumor encapsulado y que no da metástasis; sin embargo, y esto representa un concepto clásico, a pesar de su evolución lenta, con el tiempo, muchos de estos tumores, cambian su ritmo de evolución, en un desarrollo rápido y se transforman en malignos. Además, algunos de estos llamados tumores mixtos, después de un tiempo más o menos largo de su iniciación y evolución, pero cuando aun se les considera clínicamente como *tumores mixtos benignos*, presentan ya una evidente malignidad comprobada por la histología, como le ocurrió a Duval, que de cinco casos que él consideró como tumores mixtos, cuatro eran ya epitelomas. En algunos casos, evidentemente poco frecuentes, el tumor mixto de la parótida, es desde su iniciación un epiteloma, no obstante, el diagnóstico clínico de tumor mixto benigno, establecido con toda confianza por el profesional, cosa que representa el gran peligro de dejar evolucionar una lesión maligna que debiera ser extirpada lo más temprano y oportunamente posible. Esto, pone bien de manifiesto que el diagnóstico clínico no constituye a veces, un *criterio preciso y seguro* sobre la naturaleza de tumor mixto de parótida y que por lo tanto, la conducta prudente y lógica, consistirá en la *extirpación quirúrgica radical de ciertos tumores, lo más vecina posible a su aparición*.

Dos razones, una clínica y otra anatomo patológica han esta-

blecido la característica de benignidad de los tumores mixtos de la parótida; la primera, es la larga evolución del tumor que puede alcanzar 5, 10, 20 ó 30 años de completa benignidad, pero al cabo de este período, puede un buen día, iniciarse una marcha rápida y de naturaleza francamente maligna.

La segunda manifestación de benignidad, es la *cápsula conjuntiva*, que generalmente envuelve y encapsula estos tumores dentro de la parótida y que constituye una característica anatomo-patológica de benignidad.

Ahora bien, esta cápsula puede ser espesa y homogénea, que aísla el tumor en todo su contorno, mientras en otros casos, es desigual e irregular, gruesa y espesa en partes, tenue o inexistente en otros, lo que permite, que el tumor se ponga directamente en contacto con la glándula parótida o los tejidos vecinos. Esto se explica perfectamente por el crecimiento exagerado del tumor, que con un volumen superior al de la glándula, tiene que hacer irrupción por fuera de su superficie externa, poniéndose en contacto con los tejidos adyacentes, ya sea con su cápsula intacta, o más generalmente, con un gran adelgazamiento de ella o aun, suprimida y destruída por el desarrollo del tumor.

Pasa aquí, lo que ocurre con los bocios, que cuando son de un volumen pronunciado, se exteriorizan estos del tiroide, con la diferencia de que en este caso, la cápsula del bocio es fibrosa y resistente, conservándose generalmente intacta.

En nuestro caso, "el tumor estaba circundado por una fina cápsula en cuya cara externa se observan varias lobulaciones hemi - esféricas, irregulares y de tamaños variables, una de ellas, la mayor, como un garbanzo aplastado". Esta aseveración del Prof. Domínguez, de que *en la cara externa de la cápsula* existen lobulaciones tumorales de constitución mixto fibro endotelial, nos sugiere la duda, de si esas formaciones tumorales son *extra capsulares* o *intra capsulares*, salientes, pero recubiertas por la fina cápsula. Como se comprende, este dato anatomo patológico *tiene un gran valor*, porque demuestra que la extirpación del tumor *por enucleación* dejará fatalmente restos del tumor y que aun en los casos de realizar una parotidectomía total, como en nuestro caso, corre el riesgo el cirujano, de dejar también restos del tumor.

Si tratamos de interpretar el sentido del informe de Domín-

guez, tenemos que aceptar que este técnico opina que el tumor se ha propagado fuera de la cápsula, puesto que termina así su informe: "no encontramos transformación maligna, pero *indicamos la posible reproducción* debido a núcleos pericapsulares incluídos en el lecho". Esto del lecho, no lo entendemos bien, porque tiene que ser el lecho del tumor, vale decir, la cavidad que quedó después de extirpado el tumor y en ese lecho *no se realizó ninguna investigación histológica*, aunque las comprobaciones extra capsulares permitan hacer sospechar, que pueden haber quedado restos tumorales en ese lecho quirúrgico.

La exploración visual del cirujano y la palpación cuidadosa del foco, no nos permitieron comprobar la existencia de ningún resto del tumor y nos dejaron la tranquila impresión de una extirpación parotídea amplia y completa; pero, como es lógico, esta comprobación quirúrgica no es absoluta y necesita la prueba de fuego del tiempo, para establecer conclusiones definitivas.

De nuestras consideraciones se deduce el valor fundamental del examen histológico en los tumores de la parótida, que reproducen casi integralmente los problemas de los tumores encapsulados de la mama y es de desear que el profesor Domínguez, realice un minucioso y completo estudio histológico de este tumor, sobre todo en su *región fronteriza de la cápsula con la glándula normal externa* y con las partes de cápsula, en que no existe glándula parótida por fuera, para saber si en estas regiones pudo propagarse el tumor no ya a la parótida, porque aquí no existe, sino a los tejidos vecinos. Este estudio histológico, de carácter casi seriado, sería de un gran valor e interés.

Entretanto tenemos que aceptar como un hecho anatómico patológico comprobado, que *la enucleación de los tumores mixtos de la parótida, tiene la gran posibilidad de dejar restos tumorales en la parótida* y que, en los tumores a gran desarrollo, que se han exteriorizado de la glándula, aunque se haga la paratidectomía, cabe la posibilidad *de dejar restos tumorales en los tejidos periglandulares*, si la propagación del proceso se ha hecho ya por fuera de la cápsula tumoral.

Enucleación del tumor o paratidectomía.

El tratamiento de los tumores mixtos de la parótida constituye un problema terapéutico que se debate desde hace muchísimo tiempo de si debe hacerse la simple enucleación, la extirpación del tumor por fuera de la cápsula o la supresión completa de la glándula con el tumor o parotidectomía. Actualmente, y debido a las recidivas frecuentes de estos tumores mixtos, gana día a día terreno la tesis de la parotidectomía, contra la enucleación, y los cirujanos que no aceptan la necesidad de esta cirugía radical reconocen la necesidad o conveniencia de extirpar el tumor con su cápsula, vale decir, una extirpación paracapsular del tumor.

Ha sido Avelino Gutiérrez el cirujano más entusiasta propagandista de la extirpación completa de la parótida o parotidectomía, en los tumores mixtos de la parótida, operación que practicó desde 1903 y que preconizó después de haber comprobado las recidivas iterativas del 40 al 45 % en las extirpaciones conservadoras. Se puede decir con justicia que Avelino Gutiérrez ha sido el verdadero iniciador de la operación radical de los tumores mixtos de la parótida, en el Río de la Plata y aun de la cirugía universal, puesto que hace casi 40 años que preconizó esta técnica y ha sido siempre un ferviente partidario y un entusiasta realizador de ella. Su hijo Alberto Gutiérrez, fué también un ferviente partidario de esta terapéutica y lo pone bien de manifiesto en 1942, en su comunicación en la "Revista de Cirugía de Buenos Aires" cuando dice, "Nosotros conceptuamos malo el *método intracapsular*, porque amén de dejar "in situ" la cápsula que puede contener fijados elementos neoplásicos, puede ella estar *desgastada* o *rota* en la profundidad y haber permitido el paso de elementos neoplásicos, hacia afuera de ella, elementos a cuyo cargo estaría la recidiva de la tumoración".

"Creemos mejor el *método extracapsular*, si bien pasible de las mismas objeciones. Conceptuamos que la extirpación del tumor con la glándula, es lo acertado, cuando por su manera de evolucionar, impresiona como maligno".

Nuestro maestro Alfonso Lamas, amigo y gran entusiasta por la técnica de Avelino Gutiérrez en los tumores de la parótida nos enseñó tal método en nuestra iniciación quirúrgica, mé-

todo que hemos realizado con entusiasmo y nos hemos convenido cada vez más, de su indicación y de sus excelentes resultados.

Duval y Redon, en su trabajo del Journal de Chirurgie de 1932, dicen "que en los tumores mixtos de la parótida nunca aceptaron la extirpación intra glandular. La frecuencia de las recidivas precoces o tardías, nos ha incitado a practicar la ablación total, o la ablación subtotal de la parótida. "Como esta extirpación total de la glándula supone el sacrificio del facial, es que Duval creó una técnica especial para conservar la rama superior del facial y hacer más factible y aceptable, la parotidectomía.

Según Duval, la gran frecuencia de los epitelomas, en los tumores mixtos de la parótida justifica su tratamiento por la ablación total de la glándula, aun para los tumores pequeños y en la iniciación de su evolución.

En 1939, Roux, Berger y Jadlonker presentan a la Academia de Cirugía de París, una comunicación que comprende 183 casos de tumores de la parótida, tratados en la Fundación Curie, pero de los cuales, sólo 55 observaciones completas podrán ser tomadas en cuenta, para establecer un severo análisis crítico, diagnóstico y terapéutico. Entre estos 55 casos, había 13 tumores benignos, todos ellos operados previamente por *enucleación intraglandular* y todos eran *tumores recidivados*, contando con una o más operaciones. Esto, le permite establecer a los autores de la comunicación "*que la recidiva es constante en la enucleación intraglandular*".

Tres de estos casos fueron tratados por actinoterapia, dos por radioterapia y uno por curieterapia y en los tres pacientes se produjo la recidiva, lo que quiere decir que la asociación de la cirugía con la actinoterapia tampoco, nos pone a cubierto de las recidivas en el tumor mixto de la parótida.

Otros 18 casos de esta serie correspondían a tumores malignos, por transformación de un tumor benigno, después de una evolución más o menos larga. Estos casos de tumores malignos de la parótida fueron tratados por radioterapia y curieterapia independientemente o asociadas a la cirugía, pero los resultados fueron muy poco halagüeños considerando Roux Berger que los malos resultados terapéuticos, se deben fundamentalmente, al envió tardío de los pacientes que llegaron con su neoplasma muy

avanzado y como todos estos tumores malignos respondían a la transformación de un tumor benigno, el consejo más útil que se permite establecer Roux Berger, "*es la de extender la práctica de la parotidectomía total a todos los tumores de la parótida*".

Algunos cirujanos entre otros Hartmann, protestaron la aseveración absoluta de Roux Berger, de que todos los tumores mixtos de la parótida, operados por enucleación, recidivaran y pocos meses después Truffert, presentó a la misma Academia de Cirugía una comunicación basada en 20 casos de tumores de la parótida, que ha examinado o ha obtenido datos antes de presentar su comunicación y establecer sus conclusiones. Truffert se considera sorprendido y admite que constituye una evidente exageración la afirmación de Roux Berger, de que recidivan todos los tumores mixtos de la parótida tratados por enucleación; puesto que en su estadística, figuran 11 casos de tumores benignos operados por enucleación y *todos ellos están actualmente curados y sin recidiva*. Posiblemente algunas de estas operaciones son relativamente recientes, puesto que esta serie de pacientes ha sido tratada en el período de 8 años.

Truffert considera que la enucleación intra glandular de los tumores mixtos debe persistir como tratamiento y que no dará una proporción tan grande de recidivas, si se realiza la enucleación como ya lo preconizaba Sebileau, no extra capsular, sino intra parotídea, es decir, extirpando cápsula y tumor. Este autor declara además, que la parálisis facial y la desfiguración del rostro, que provocan la sección del nervio y el hueco que deja la parotidectomía, son los elementos principales que hacen negarse a los pacientes a tal operación y que por estas razones los mismos cirujanos no la preconicen con fe y entusiasmo. En esa misma sesión de la Academia, Hartmann, presenta su estadística de 67 casos de tumores parotídeos, de los cuales 40 casos de tumores mixtos y de ellos, 30 pacientes operados, pudieron ser seguidos: 22 casos no presentan recidiva, entre 2 y 26 años de evolución post operatoria. Insiste también Hartmann, de acuerdo con sus resultados, de que, contrariamente a lo aseverado por Roux Berger, *la recidiva de los tumores mixtos de la parótida, está lejos de ser constante, pero, a una condición técnica fundamental, que no se realice la enucleación simple del tumor, siguiendo el plano de la cápsula,*

sino que se extirpe con el tejido glandular que circunda el tumor, *extirpación por enucleación intra glandular*.

Es evidente que no recidivan todos los tumores mixtos operados por enucleación y en nuestra práctica tenemos una serie de casos operados por *enucleación intraglandular*, sin recidiva; pero esta revisión del problema terapéutico de los tumores parotídeos ha tenido la virtud de poner bien de manifiesto elementos fundamentales y características de estos tumores, como ser: su tendencia recidivante, si no son ampliamente extirpados y su propensión a la transformación maligna. Según Benedict y Mergs esta proporción de recidiva de los tumores mixtos es de 42,5 % y según Wood, es de 45 %.

Se ha establecido categóricamente, la necesidad de su extirpación amplia y completa para su curación y que por lo tanto, la *operación clásica de la enucleación valiéndose del plano de clivamiento capsular, está plenamente contraindicado en estos tumores*. Ahora bien, que operación debemos practicar: la enucleación intraglandular o la parotidectomía. Esta última, es evidentemente de resultado terapéutico más preciso y seguro, pero tiene en su contra la parálisis facial y la deformación, que siendo la lesión frecuente en las mujeres, este detalle estético, cuenta fundamentalmente. Con el perfeccionamiento técnico de la parotidectomía en estos últimos años, que permite conservar el facial, por lo menos, su rama superior, creemos que la parotidectomía pueda practicarse sin los inconvenientes mencionados y con un resultado terapéutico más seguro y eficaz para el paciente. Esto, nos obliga a ocuparnos de la incisión operatoria y de la técnica de conservación del nervio facial.

Incisión operatoria. — Nosotros realizamos la incisión de Avelino Gutiérrez, que nos parece ser la incisión de elección por la enorme luz que ella da, con un excelente campo operatorio que permite abordar perfectamente, tanto el polo superior como el inferior de la parótida, su parte anterior como la posterior, la más importante y la que requiere más luz, cuando el tumor es grande y se desarrolla hacia atrás, tomando contacto con la mastoide y el esterno cleido mastoideo. Esta incisión nos permite abordar bien todos los pedículos vasculares y especialmente la carótida externa, por debajo del vientre posterior del digástrico,

cuando hay que ligarla. Nos permite también investigar, liberar y aislar, con la brecha más amplia el facial, en el polo súpero posterior de la herida.

Es una incisión estética, puesto que no obstante el amplio abordaje que nos permite sobre la glándula, las cicatrices, quedan ocultas detrás de la rama ascendente y horizontal del maxilar inferior. Esta incisión se realiza perfectamente con anestesia local regional y entonces, en la movilidad facial del paciente, realizada a pedido del cirujano, se tiene un seguro contralor sobre el facial.

La incisión amplia de Gutiérrez es la menos mutilante y que permite una excelente visualización topográfica del tumor parotideo y es la que nos permitirá en mejores condiciones la parotidectomía o la enucleación intraglandular del tumor mixto. Esta incisión es según nuestra práctica y experiencia, *la incisión de elección*, en la terapéutica de los tumores parotideos, que permite su amplia y completa extirpación; sin necesidad de resecciones óseas adyuvantes.

La parálisis del facial. La extirpación completa de la parótida con el tumor o parotidectomía, presenta el grave inconveniente de que a menudo hay que sacrificar el tronco del facial, con la fatal producción de la parálisis facial consecutiva, que trae aparejados graves trastornos, estéticos y funcionales para el enfermo. En ciertos casos de tumor maligno parotideo en que el tronco del facial está incluido en el tumor, su sacrificio es indispensable; ocurre lo mismo cuando se trata de un tumor mixto ya operado una o más veces y recidivado y puede ser también, necesario el sacrificio del facial.

Duval en 1924, en la Revista de Cirugía de París, publica una técnica operatoria, en la que realizando una osteotomía temporaria de la extremidad de la mastoide, donde se inserta el esterno cleido mastoideo, moviliza este músculo, lo que da amplia luz para investigar y aislar el facial, que se libera, pudiéndose conservar casi siempre con esta técnica, su rama superior. La técnica de Duval ha representado un evidente progreso y ha sido y es practicado con éxito todavía por muchos cirujanos; sin embargo, algunos consideran cruenta esta técnica y otros como Leriche, a pesar de estar satisfechos de ella, han destacado el

inconveniente de que en las mastoides néumicas, puede resultar inconveniente esta osteotomía.

Truffert considera que no es indispensable la osteotomía de la mastoide para investigar y liberar el facial, la considera una complicación innecesaria, salvo en ciertos tumores muy grandes y con exagerado tiempo de evolución, pero entonces, la extirpación es difícil para cualquier procedimiento y en esos casos como dice muy bien Alberto Gutiérrez, el sacrificio del facial, no cuenta para nada, ante la grave malignidad de la lesión.

En estos últimos tiempos algunos cirujanos han tratado de depurar su técnica y han logrado liberar el facial, sin necesidad de realizar la técnica de Duval, ni ninguna otra complicación operatoria, valiéndose sencillamente de la incisión de Avelino Gutiérrez que ha permitido liberar perfectamente el tronco del facial, en la proximidad de su penetración en la glándula y bien disecado, ha podido ser integralmente conservado, como ocurrió en nuestro caso, que no solamente conservamos la rama superior, sino también la inferior. Esto como se comprende no ocurre siempre y ello depende fundamentalmente de que se operen estos tumores, temprano y oportunamente, cuando no han adquirido aun un gran desarrollo, puesto que cuando alcanzan un exagerado volumen, la conservación del facial, puede ser más difícil y aun imposible.

En nuestro caso, evitamos también la ligadura de la carótida externa, cosa posible cuando esta arteria se desliza contra la parte profunda o faríngea de la parótida, en una simple canaleta, sin hacerse intraglandular; en estos casos consideramos completamente innecesario, sacrificar la carótida externa; pero no debemos tener la más mínima duda en ligarla, cuando ella sea intra parotidea.

Quiere decir pues, que una técnica quirúrgica cuidadosa y depurada, permite realizar la parotidectomía sin practicar una operación grave y mutilante, con conservación por lo menos, de la rama superior del facial y entonces podremos establecer la conveniencia de realizar preferentemente la parotidectomía en los tumores mixtos, puesto que si se prefería la enucleación paracapsular, era principalmente para evitar el sacrificio del facial. En resumen pues, en los tumores mixtos de la parótida está indicado el tratamiento quirúrgico, lo más temprano y oportuna-

mente posible; *se extirparán preferentemente estos tumores por la parotidectomía*, con conservación del facial y cuando no se domine esta técnica, se podrá practicar la enucleación, pero siempre *que se extirpe amplia y completamente la cápsula del tumor*, vale decir, la enucleación paracapsular.

REFERENCIAS

- GUTIÉRREZ (AV.). — Tumor mixto de la parótida. Nuevo procedimiento para extirpar los tumores parotídeos. 1911.
- GUTIÉRREZ (AV.). — Investigación anátomo quirúrgica de la región parotídea. *Revista Anátomo Quirúrgica*. Buenos Aires. Año II, N° 11. 1923.
- GUTIÉRREZ (ALB.). — Lecciones de Clínica Quirúrgica. Buenos Aires, 1933. Vol. II.
- GUTIÉRREZ (ALB.). — Tumores de la glándula parótida. Procedimiento para su extirpación. *Revista Cirugía de Buenos Aires*, 1934.
- GUTIÉRREZ (ALB.). — Parotidectomía total y anestesia local. *Revista de Cirugía de Buenos Aires*, 1936.
- GUTIÉRREZ (ALB.). — Consideraciones sobre tumores de la región parotídea. Experiencia personal. *Boletines y Trabajos de la Soc. de Cirug. de Buenos Aires*, 1938.
- GUTIÉRREZ (ALB.). — Acerca del tratamiento quirúrgico de los tumores mixtos de la parótida. *Revista de Cirugía de Buenos Aires*, 1942.
- CORNEJO SARAVIA (E.). — Sobre tratamiento de tumores mixtos de la parótida. *Boletín y Trab. Soc. Cirug. B. Aires*, 1938.
- EGÜÉS (A.). — Tumores de la parótida. *Bolet. del Instituto de Clínica Quirúrgica*. 1934.
- FINOCHIETTO (R.) y DICKMANN (H.). — Tumores mixtos de la parótida. *Semana Médica*, 1935.
- DUVAL Y REDON. — Extirpación total o subtotal de la parótida con conservación de la rama superior del facial en los tumores mixtos. *Journal de Chirurgie*, Junio 1932.
- CADENAT (F. M.). — Extirpación de los tumores benignos de la parótida; el diagnóstico músculo director de la operación y corrector de la parálisis facial. *Journal de Chirurgie*, 1936.
- ROUX-BERGER (J. L.) y POKER (J.). — Tumores de la parótida. *Memorias Academia Cirugía*, París, 1939.
- HARTMANN (H.). — Recidivas de los tumores mixtos y algunas reflexiones a propósito de 67 casos de tumores parotídeos. *Memorias de la Academia de Cirugía de París*, 1939.
- TRUFFERT (M. P.). — Sobre 20 casos de tumores de la región parotídea. *Academia de Cirugía de París*, 1939.
- BERARD (L.), CREISEL y CALSON. — Tumores de la parótida. *Lyon Quirúrgico*, 1930.

Discusión

Dr. Loubejac. — (Discusión). Yo, señor Presidente no tengo mayor autoridad para hablar de tumores de parótida en esta Sociedad, porque en mi práctica profesional he visto pocos tumores de parótida y he operado un solo caso de tumor mixto.

Con motivo del caso que operé tuve que hacer una revisión de técnica y de táctica quirúrgica para decidir si frente al tumor mixto, clasificado como tal, conviene hacer la parotidectomía total o la *enucleación* simple del tumor.

En esa intervención, en la que me acompañó el Dr. Enrique Lamas, y que efectuamos siguiendo la técnica precisa de Avelino Gutiérrez, estuvimos a punto de hacer la extirpación total de la parótida porque se trataba de un tumor bien intra-glandular y que había laminado en tal forma la glándula que la enucleación parecía imposible. Por más que la enferma había accedido al sacrificio del facial, que se le había planteado previamente, a todos los cirujanos nos repugna tener que dejar a una mujer con la cara torcida si no tiene un tumor de naturaleza maligna que justifique el sacrificio del nervio facial. Pero ante la dificultad de la enucleación del tumor, había iniciado los tiempos para la extirpación de la parótida y había realizado la ligadura de la carótida externa. Preocupado por la conservación del facial, al seguir este nervio a su entrada en la acción y disecarlo con la sonda acanalada, encontré que hacía una muesca sobre el tumor y al seguirla, pude enuclear con facilidad el tumor mixto, conservando la glándula.

Todo marchó con mucha felicidad y el examen anatomo patológico indicó que era un tumor encapsulado del tipo del osteo-fibro-endotelioma.

Confieso que el problema fundamental del cirujano joven es el de decidir una extirpación total de parótida. En esa oportunidad pensé mucho en el problema de la recidiva del tumor mixto y hubiera llegado a la extirpación total de la parótida tratando de conservar, en lo posible, el nervio facial. El Profesor Prat trae el problema en forma tan documentada que me sirve de amplia ilustración y si la Sociedad considera que puede ser interesante mi observación personal, voy a traer la enferma, la historia clínica y el relato, porque me parece que hay interés en que se documenten las observaciones de tumores mixtos tratados por la enucleación simple, ya que es el único punto en discusión, por cuanto la indicación de la parotidectomía total en el cáncer es aceptada por todos.

Prof. Nario. — Yo quería preguntar si la parotidectomía fué total.

Prof. Prat. — La consideramos casi total, y por el hecho de no haber realizado una ligadura completa de todos los pedículos me hace dudar un poco de la totalidad de la extirpación de la glándula. Sin embargo el examen que hicimos a continuación de la extirpación nos da la impresión de haber hecho una extirpación casi completa.

Prof. Nario. — La otra pregunta es, ¿qué relación tenía el complejo del facial con el tumor?

Prof. Prat. — El facial lo pudimos encontrar perfectamente cuando al

hacer la liberación del polo superior del tumor, fuí hacia atrás. Después de haber hecho la incisión de la rama horizontal superior de Gutiérrez, traté de buscar el facial. Al hacer la incisión superior paralela a la arcada zigomática, sin haber hecho una liberación perfecta del polo superior, que estaba bien en contacto con el mastoideo, nos era difícil y parecía que no lo íbamos a encontrar, pero cuando liberé bien todo ese polo póstero superior, pude reclinar un poco el tumor con toda la glándula hacia arriba y entonces la disección fué muy sencilla y el tronco del facial fué aislado con toda facilidad. El tumor era bastante grande.

Prof. Nario. — He hecho estas preguntas, no con el espíritu de información sobre las características de la operación que hizo el Profesor Prat, sino de nueva información porque eso confirma una serie de nociones que nosotros en nuestra Clínica las tenemos establecidas en materia de tumores mixtos de parótida.

Para nosotros la inclusión embrionaria se realiza casi siempre en la parte extra facial; casi nunca en la parte intra facial. La glándula tiene dos partes: una profunda y otra superficial y el facial queda entre ambos. Los tumores se desarrollan en la parte superficial y el sitio mejor para poderlos encontrar es la maniobra de ir a incidir sobre el borde inferior del esterno-cleído mastoideo donde se está seguro de que no se puede herir el facial.

Todos los que operan de la parte anterior hacia atrás, tienen probabilidad de herir el facial y tienen que buscar ese plano del nervio en condiciones desfavorables. Una vez que se encuentra en la parte posterior este plano de clivado; la disección del tumor, se hace con suma facilidad. *A esto no le llamo una parotidectomía total sino externa, extra facial; una extirpación intra glandular, no intra capsular, sino extra capsular.*

No conviene plantear el problema de la extirpación total de la glándula y voy contra la opinión habitual referente a los sitios donde se presentan los tumores mixtos de parótida, porque éstos no se desarrollan al azar sino que tienen puntos precisos. *Las inclusiones embrionarias se caracterizan por la fatalidad de su posición en el tiempo y en el espacio.*

Yo enseño que estos tumores no son mixtos de la parótida, sino de la región parotídea y ocupan la parte extra facial de la región.

La manera mejor de poderlos extirpar es la siguiente: Hacer una incisión como preconiza el Dr. Gutiérrez más o menos grande. Si el tumor es grande, hay que desbridar el lóbulo de la oreja.

Actualmente no hago la incisión por delante del trago, sino que conduzco la incisión por el vértice del trago y allí se hace una sutura completamente estética, mientras que la incisión por delante del trago siempre queda mal.

El más grande tumor que he extirpado pesa 350 grs. y fué un tumor bastante fácil de extirpar. Cuanto más pequeño es más difícil de extirpar porque es más difícil poder entrar en el espacio. Cuanto más grande mejor, porque el tumor está enucleado en la logia parotídea.

Todo lo que sea levantamiento superficial no tiene posibilidad de herir una rama del facial aun llevando la disección muy hacia adelante. En el

borde exterior del esterno cleido mastoideo hacemos una incisión, cosa de tener también a la vista el vientre posterior del digástrico y entonces en lugar de ir diseccionando tomando como base el tumor, abierta la logia propiamente dicha, venir hacia atrás, hacia la parte posterior y alta. Buscamos el plano del nervio; muy a menudo sin encontrar el facial. Generalmente buscando el plano, en un momento determinado la tijera entra y levanta el tumor con suma facilidad.

La extirpación glandular que recomendamos es a la medida de las circunstancias impuestas por el tumor, y yo creo que no hay necesidad de hacer una extirpación total de la glándula para quitar el prolongamiento en donde sitúa la localización embriológica que da lugar a este tumor.

Otro punto importante es el que se refiere a las *recidivas*.

¿Se trata *recidivas* porque no se ha extirpado bien el tumor o porque hay todavía restos embrionarios en la región?

Cuando hay una inclusión embrionaria se puede pensar que esa inclusión es unifocal o plurifocal. Un resto puede perfectamente manifestarse dando un tumor de esa clase, pero puede suceder que existan otros restos, que manifiestan luego su actividad.

La extirpación por lo tanto de esa parte de la glándula, conjuntamente con el tumor, es, a mi modo de ver, *necesario, suficiente y eficaz en ese sentido*, sin ser excesiva.

Esas son las razones por las cuales la extirpación total de la glándula hay que reservarla para tumores malignos en que hay obligación de extirpar la glándula y sacrificar necesariamente el facial.

En todos estos casos, por lo tanto, lo primordial, a mi modo de ver, es partir de cuatro o cinco nociones embriológicas y anatómicas y apoyarse en ellas a fin de seguir una técnica sencilla y armónica.

Estas nociones de Anatomía no son enteramente nuevas; están descritas todas ellas y la división de la glándula intra y extra facial es de dominio corriente en casi todos los textos de Anatomía.

De suerte que yo considero que en el momento actual tal vez la solución al problema que plantea el profesor Prat, *es el de hacer una extirpación de la porción glandular afectada por la inclusión embriológica* valiéndose, precisamente, de las relaciones que tiene esa región con el facial, relaciones que favorecen este tipo de técnica que acabamos de exponer.

Profesor Prat. — Con el Dr. ario estoy algo en desacuerdo.

En los tumores mixtos de la parótida no soy partidario de la enucleación. En el caso que he presentado, la extirpación podíamos considerarla como completa, porque la única duda que me quedó es si el pedículo de los vasos temporales, en el que había un poco de glándula normal que raspé contra el conducto y puede haber quedado un poco.

Ahora bien, que por debajo del plano del facial haya quedado glándula normal o patológica, estoy perfectamente seguro de que no quedó, porque, desde que el facial hizo su codo para penetrar en la parótida, ya allí fué diseccionado y extirpada toda la glándula.

Quedó completamente diseccionado y limpio el masetero, con la canaleta

formada por el maxilar y el esterno cleido mastoideo, completamente libre y todo el masetero completamente al descubierto.

Hice una parotidectomía completa y me complazco mucho de haberla hecho así, por la característica del tumor, que tenía el aspecto de tumor maligno, friable y con aspecto de carne de pescado y después por la contestación del anatómo patólogo, que dice que está propenso a recidivar. Aunque el cirujano realice la enucleación extra capsular, pero cuando ese tumor se ha extendido por fuera de la cápsula puede dejarse tejido tumoral contra esos tejidos en el lecho de la extirpación.

De manera que en ese sentido el cirujano aunque practique una parotidectomía, tampoco tiene la seguridad absoluta de que no va a recidivar el tumor, pero tiene si, la seguridad, de hacer la extirpación completa y amplia y creo que en mi caso, he tenido mucha suerte por dos razones; primero, porque cuando aislé el facial, en seguida apareció su división y pude disecar la rama inferior, que se hacía profunda y pasaba contra el músculo y fué sumamente fácil levantar, aislar y extirpar toda la glándula dejando intacto el nervio profundo; y segundo, por la otra circunstancia feliz, de que la arteria era bien profunda, situada en una canaleta de la cara intera de la parótida, sin penetrar en ésta y no fué necesario sacrificarla.