

TUMOR MIXTO DE PAROTIDA

Contribución a la técnica de la incisión de abordaje

Dr. Armando M. Loubejac

En la última sesión del año pasado el Prof. Prat trajo a esta Sociedad una interesante y completa comunicación sobre "Tumor mixto de parótida". En la discusión que siguió a la misma hice mención a una observación personal, que había operado un tiempo antes, y prometí traer la historia y la enferma porque consideraba de interés documentar los casos de tumores mixtos tratados por la enucleación simple y estudiar los resultados operatorios alejados, ya que el problema siempre debatido en este tipo de tumor es la posibilidad de la recidiva cuando se practica la parotidectomía parcial o la enucleación del tumor.

Hace pocos días que logré hacer venir a la enferma. Por este motivo el aporte que hago al trabajo del Prof. Prat está un poco alejado de la fecha de su comunicación pero tiene, asimismo, interés porque la paciente lleva ya dos años de operada y no hay signos de recidiva.

Igualmente quiero referirme a la incisión empleada para el abordaje del tumor y proponer una pequeña variante técnica para los casos en que sea necesario recurrir a la parotidectomía total. Son muchos los cirujanos que frente a un tumor mixto se muestran partidarios de la enucleación simple, dejando la extirpación total para los casos difíciles, como fué la observación que presento, o para los casos en que la duda sobre la naturaleza del tumor impone una conducta radical. Para estas eventualidades puede ser útil la modificación táctica que sugiero.

La historia clínica de mi observación, resumida, es la siguiente:

Rosa C., de 40 años, uruguaya. Desde hace 2 años tiene una tumoración en la región parotídea derecha, del tamaño de un huevo de gallina, indolora,

que ha crecido muy lentamente. Desde hace 6 meses acusa dolores al nivel del tumor y éste ha crecido más rápidamente que antes. No hay parálisis facial y el examen físico revela un tumor mixto. Se decide la intervención, previniendo a la enferma sobre la posibilidad de la deformación facial si hay que extirpar totalmente la glándula. La opero el 11 de diciembre de 1941 y me ayuda el Dr. E. Lamas Pouey. Morfina previa 1 c.c. Anestesia local con novocaína al $\frac{1}{2}$ %, infiltrando la piel y los pedículos vasculares y nerviosos a medida que se buscan. Se practica la incisión que aconseja

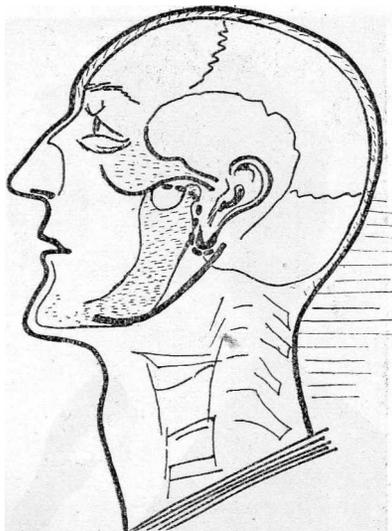


FIG. 1.

Thorek para los tumores medianos y voluminosos, que recorre la parte prominente del tumor y sigue paralelamente el trayecto de las fibras del nervio facial inferior. Comienza detrás del lóbulo de la oreja (Fig. 1, línea llena), desciende oblicuamente hacia el ángulo de la mandíbula y sigue luego el borde inferior del hueso. Se obtiene una luz muy amplia. Se expone con facilidad el tumor. Es intraglandular y parece imposible su enucleación. Se inician los tiempos para la extirpación total de la glándula siguiendo las etapas que establece Avelino Gutiérrez en su clásica monografía topográfica. Sección, entre ligaduras, de la arteria carótida externa. Levantado el extremo inferior de la parótida, se busca la salida del nervio facial en la arcada que forman la apófisis mastoides y la apófisis estiloides. Aislado el nervio, se prosigue su disección intraglandular con sonda acanalada, en un intento de aislamiento y conservación. En esta maniobra se encuentra un plano de clivaje y se puede enuclear fácilmente el tumor mixto. La rama superior del nervio facial había fraguado una canal en el polo superior del tumor. Cierre de la cápsula. Puntos separados de lino en la piel, con drenaje subcutáneo de lámina de caucho.

Post-operatorio inmediato: Excelente. Cura por primera intención.

Examen anatómo-patológico realizado por el Br. Enrique Castro: "Tumor mixto del tamaño de una nuez, lobulado, encapsulado. Está calcificado en su centro. Es del tipo ósteo-fibro-endotelioma. Predomina de lejos la parte fibromatosa, en reacción esclerosante que ahoga el endotelioma. Por esto y por su encapsulamiento el aspecto histológico es muy benigno".

Post-operatorio alejado: Excelente. Cicatriz cutánea extraordinariamente disimulada (Fig. 2).



FIG. 2.

En el caso de plantearse la parotidectomía total, basta ramificar la extremidad superior de la incisión anterior prolongándola por delante del trago hasta la arcada zigomática (Fig. 1, línea a trazos), para obtener un colgajo similar al preconizado por Avelino Gutiérrez. Esta pequeña variante en la manera de hacer la incisión de abordaje del tumor permite contemplar el deseo del paciente de sobrellevar una cicatriz lo más disimulada posible, así como llenar las necesidades del acto operatorio.

Resumen

Se presenta una observación de tumor mixto de parótida a los 2 años de la intervención, destacándose la ausencia de recidiva

y el buen resultado estético con la incisión empleada. Al mismo tiempo se propone una modificación en la técnica a seguir cuando es necesario recurrir a la parotidectomía total.

Referencias

1. Dr. Domingo Prat. — "Tumor mixto de parótida". Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, Tomo XIII, 1942. Pág. 551.
2. Dr. Avelino Gutiérrez. — "Investigación anatómo - quirúrgica de la región parotídea". Madrid. Imp. V. Torresillas. 1911.
