

OCTAVO
CONGRESO URUGUAYO
DE CIRUGIA



1957
10 - 12 DE DICIEMBRE

TOMO I

SEDE:
PARQUE HOTEL
RAMBLA PRESIDENTE WILSON.

SECRETARIA GENERAL:
AVDA. AGRACIADA, 1464 — PISO 13 — MONTEVIDEO

COMITE EJECUTIVO
DEL 8º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

Dr. JUAN E. CENDAN ALFONZO
PRESIDENTE

Dr. VICTOR ARMAND UGON
PRESIDENTE DEL 8º CONGRESO

Dr. ROMAN ARANA IÑIGUEZ
VICEPRESIDENTE

Dr. MAXIMO A. KARLEN
PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA

Dr. ANIBAL SANJINES
SECRETARIO GENERAL

Dr. JUAN C. LOPEZ GUTIERREZ
TESORERO

Dr. OSCAR BERMUDEZ
SECRETARIO DE ACTAS

Dr. BERNARDO A. CURBELO SILVA
DELEGADO DEL INTERIOR (Maldonado)

SOCIEDAD DE CIRUGIA DEL URUGUAY

COMISION DIRECTIVA - AÑO 1957

Dr. MAXIMO A. KARLEN
PRESIDENTE

Dr. LUIS M. BOSCH DEL MARCO
VICEPRESIDENTE

Dr. ANIBAL SANJINES
SECRETARIO GENERAL

Dr. FOLCO ROSA
SECRETARIO DE ACTAS

Dr. FRANK HUGHES
TESORERO

Dr. JULIO C. BARANI
PROTESORERO

Dr. FELIX LEBORGNE
DIRECTOR DE BOLETINES

Dr. RICARDO YANNICELLI

Dr. JUAN C. LOPEZ GUTIERREZ
VOCALES

COMITE DE HONOR
DEL 8º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

Excmo. Sr. Presidente del Consejo Nacional de Gobierno:

D. ARTURO LEZAMA.

Señores miembros del Consejo Nacional de Gobierno:

Dr. ALBERTO ZUBIRIA.

D. JUSTINO ZAVALA MUNIZ.

D. CARLOS T. FISCHER.

Dr. ZOILO A. CHELLE.

D. LUIS BATLLE BERRES.

Dr. LUIS ALBERTO DE HERRERA.

D. RAMON VIÑA.

D. DANIEL FERNANDEZ CRESPO.

Sr. Ministro de Instrucción Pública: Farm. Clemente Ruggia.

Sr. Ministro de Salud Pública: Dr. Vicente Basagoiti.

Sr. Ministro de Hacienda: Dr. Amilcar Vasconcellos.

Sr. Pte. de la Cámara de Senadores: Esc. Ledo Arroyo Torres.

Sr. Pte. de la Cámara de Representantes: D. Delfo Roche.

Sr. Rector de la Universidad: Dr. Mario A. Cassinoni.

Sr. Decano de la Facultad de Medicina: Dr. Julio C. García Otero.

PRESIDENTES DE LOS CONGRESOS URUGUAYOS DE CIRUGIA

Año 1950: Dr. Héctor Ardao.

Año 1951: Dr. Eduardo C. Palma.

Año 1952: Dr. Fernando Etchegorry.

Año 1953: Dr. Carlos Stajano.

Año 1954: Dr. Juan C. del Campo.

Año 1955: Dr. Pedro Larghero Ybarz.

Año 1956: Dr. Abel Chifflet.



RELATO:

El tratamiento de los tumores de la parótida.

Dr. Héctor A. Ardao.

CORRELATOS:

Glándula parótida. Anatomía funcional. Su espacio. Sus pedículos.

Dr. José Nozar.

Anatomía patológica de los tumores de la parótida.

Dr. Juan F. Cassinelli.

La sialografía en los tumores parotídeos.

Dr. Raúl Leborgne.

Cistoadenoma linfomatoso papilar de la parótida.

Dr. José A. Piquinela.

La radioterapia de los tumores de parótida.

Dr. Helmut Kasdorf.

RELATO.

EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES DE LA PAROTIDA

Dr. HECTOR A. ARDAO

Al agradecer a las autoridades de este Congreso, la honrosa misión de confiarnos este relato, declaramos que el mismo constituye un trabajo de información sobre el tema careciendo del aporte de experiencia personal. Las ideas y los trabajos de numerosos autores, son expuestas. Gran parte son tomados del trabajo de Redon y del relato del Dr. Herrero Ducloux al 27º Congreso Argentino de Cirugía en homenaje a tan reciente documentada y completa exposición sobre el estado actual del tratamiento de los tumores de la parótida.

Mi experiencia carece de valor documental, 23 casos operados y hasta hace siete años, realizábamos la enucleación como operación de elección en los tumores encapsulados.

INTRODUCCION

La índole de este relato —de extensión limitada— y su presentación conjunta con el aporte de varios especialistas, nos excusa de ciertas consideraciones en beneficio de la unidad y nos permite ir directamente al problema terapéutico.

El tratamiento de los tumores parotídeos ha sido y sigue siendo fundamentalmente quirúrgico, pero en la actualidad constituye para los cirujanos un tema de gran interés por los progresos alcanzados en su conocimiento y porque ciertos conceptos clásicos de la patología y de la cirugía operatoria de los llamados tumores mixtos (zusamengesetzte tumoren, Billroth, 1857) grupo que excede en importancia y frecuencia, 70 %, al resto de los tumores parotídeos van siendo abandonados a la luz

de los estudios modernos de histogénesis tumoral y del análisis de los resultados alejados de las técnicas de resección peritumoral hasta hoy todavía en uso.

La región parotídea, aunque es muy pequeña, tiene la particularidad de ser el asiento de una variedad muy grande de tipos histológicos de tumores. El ideal sería siempre identificar el tumor para adecuarle el tratamiento pero este conocimiento casi nunca se logra antes de la operación.

La patología de los tumores parotídeos es confusa. Se encuentra gran diversidad de formas histológicas y a menudo aparecen mezcladas. A pesar de que se han hecho progresos en la identificación de ciertas formas (adenomas, quistes, cistoadenolinfomas, epitelomas, neuromas, etc.) sobre los que existe acuerdo en el tratamiento en muchos casos quedan dudas del tipo del tumor y de su malignidad.

La expresión sintomatológica comúnmente es pobre. Con la misma apariencia de un nódulo que deforma la región y levanta el lóbulo de la oreja se encuentran tumores primitivos y secundarios, benignos y malignos, procesos inflamatorios (tuberculosis, actinomicosis, etc.) y una serie de lesiones no bien definidas entre lo inflamatorio y lo tumoral (enfermedad de Hodgkin, de Besnier-Boek-Schaumann, de Mickulicz, de Heerfordt, etc.) para las que se ha propuesto últimamente el nombre de Parotidosis.

Todas las estadísticas importantes refieren cierto número de casos de tuberculosis perotídeas, cuyo diagnóstico ha sido hecho por el patólogo en piezas de parotidectomías realizadas con diagnóstico de tumor.

El diagnóstico de los tumores parotídeos requiere actualmente mayores precisiones.

Numéricamente considerados no son frecuentes. Por año concurren a las clínicas quirúrgicas un número limitadísimo de casos, cuyo monto se cuenta en unidades. La rareza de los tumores parotídeos en la práctica de los cirujanos generales es un factor del incompleto conocimiento aún para los que llevan muchos años de actividad. Cuando es necesario establecer cifras de peso hay que recurrir a las estadísticas extranjeras de los centros especializados. Herrero Ducloux señala en la Clínica de

F. Christmann el 0,14 %; de Nicola el 0,12 % de los tumores en general; Höchneeger en su clínica de Viena señala el 4,8 % de los tumores del cuello y de la cabeza.

Contribuye también al desconocimiento general de la verdadera naturaleza de los tumores parotídeos la confusa terminología histológica y las múltiples clasificaciones anatomopatológicas en boga en las que no existe clara correspondencia de las denominaciones empleándose nombres diferentes para señalar un mismo tumor. Al propio tumor mixto, que es el tumor típico de la región, no se le respeta el nombre clásico y están en uso otras denominaciones (adenoma pleoformo, epiteloma potencial, epiteloma "remanie"). Aún dentro de una misma clínica la nomenclatura y el concepto de clasificación cambian en el curso de los años con el anatomopatólogo.

La verdad es que los tumores parotídeos son difíciles de clasificar y de identificar en cuanto a benignidad o malignidad. La catalogación histológica aun respetando el criterio morfológico de clasificación de los autores no siempre es posible. Muy serias y modernas clasificaciones como las de Frazell, Ackerman y Regato, etc., señalan un porcentaje importante de tumores inclasificables tanto dentro de los tumores benignos como de los malignos.

La táctica operatoria varía naturalmente según la benignidad o la malignidad del tumor, pero este concepto muchas veces no se puede adquirir antes del estudio de la pieza extirpada. Hay tumores manifiestamente benignos o malignos. La clínica sola o con sus auxiliares llegando hasta el examen histológico operatorio puede ajustar la exéresis al carácter del tumor. Pero hay cierto porcentaje de casos en donde por el examen más completo y minucioso previo no se puede determinar el carácter del crecimiento siendo desconcertante que tumores diagnosticados y tratados como benignos son informados por el patólogo como malignos. El caso inverso tampoco es raro.

Si se tiene presente que la mayoría de los tumores parotídeos está constituida por tumores mixtos simples a los que hay que agregar el porcentaje de cilindromas constituídos por tumores mixtos de aspecto cilindromatoso y el porcentaje de cánceres epiteliales originados en tumores mixtos se llega a la sencilla

conclusión de que la terapéutica quirúrgica de los tumores de la parótida está dominada por el tratamiento de los tumores mixtos.

Hasta hace pocos años los cirujanos consideraban al tumor mixto como un tumor benigno curable por la enucleación en una operación mínima. Actualmente se le considera como un tumor dotado de cierta malignidad local de crecimiento puesta de manifiesto por el alto porcentaje de recidivas (30 %) después de la enucleación y por las características del crecimiento infiltrante que a veces toman. Para estos tumores Avelino Gutiérrez, de la Argentina, proponía al principio de este siglo la parotidectomía total con sacrificio del facial. Si bien no se ha llegado a un acuerdo completo sobre la conducta operatoria frente a estos tumores, el sacrificio deliberado y sistemático del facial pareciendo innecesario en muchos casos, en diversas partes del mundo en estos últimos años se proscriben las resecciones limitadas (enucleación y resección extracapsular) y se va cada vez más a la parotidectomía total.

DIAGNOSTICO

El reconocimiento de un tumor parotídeo tiene varias etapas. La semiología clásica determina los caracteres del tumor y se orienta con el concepto clínico de que un tumor allí ubicado puede ser la expresión de:

- 1) Enfermedad general de sistema (enfermedad de Hodgkin, linfosarcomatosis, leucemia).
- 2) Enfermedad de las glándulas regionales (linfomatosis, enfermedad de Mickulicz).
- 3) Tumor (primitivo o secundario).

La clínica y el laboratorio hematológico, rayos X, sialografía, citodiagnóstico salival, la biopsia (cada uno con ciertas limitaciones), pueden llegar a la identificación correcta de gran número de tumores parotídeos en sus dos aspectos de interés terapéutico: variedad histológica y grado de malignidad.

Los caracteres clínicos del tumor benigno: nodular, encapsulado, lento crecimiento, quístico o sólido con zonas duras alternando con otras blandas, sin síntomas nerviosos de dolor o parálisis ni repercusión regional o general *pueden corresponder a un*

tumor maligno. El examen de la pieza operatoria y la evolución lo han probado muchas veces. Los medios auxiliares de laboratorio pueden aportar algunos elementos, a veces decisivos en la determinación de la índole de un tumor. A ellos hay que recurrir siempre. Pero aún incluyendo la biopsia que es el más eficaz, existen casos en un porcentaje importante que no pueden ser resueltos antes, durante, ni después de la operación.

LA BIOPSIA.— Existen varios tipos. Cada uno cuenta con las preferencias de los autores. La *biopsia-punción*, que se realiza con con jeringa y aguja fina común es útil, siendo la más sencilla. Vale por la autoridad de la persona que la realiza. Sobre la gota del líquido aspirado, extendido sobre la lámina el citodiagnóstico puede ser: tumor epitelial, inflamación, tumor maligno. Pero no se le pida más. La *biopsia con trocar rotatorio* (Ellis), extrae una cinta de tejidos mediante la aspiración del material que corta una gruesa aguja (15/10 de mm.) accionada por un motor que le imprime varios miles de vueltas por minuto. La aguja se introduce a través de una incisión de 3 mm. hecha con bisturí y anestesia local. El material extraído puede manipularse con la técnica anatomopatológica corriente con la ventaja, se sostiene, que permite estudiar la estructura arquitectural del tumor. Creemos que es una pequeña biopsia quirúrgica ciega y no exenta de riesgos. Puede extraer material necrótico de una geoda en un tumor mixto o un epiteloma conduciendo al diagnóstico erróneo de quiste. Puede extraer material de un tumor mixto que se ha malignizado en otro sector. No están exentas de riesgos las ramas del facial y la arteria carótida externa.

La *biopsia quirúrgica* previa es una pequeña intervención. Teóricamente expone a los riesgos de difusión por la apertura de la cápsula y de la celda parotídea en un tumor maligno de cualquier naturaleza. La *biopsia extemporánea* es útil. Tanto más si se realiza por personal entrenado y compenetrado en el problema del diagnóstico como base para medir la extensión de la exéresis inmediata. Puede hacer el diagnóstico de cilindroma.

Pero por encima de la biopsia permanece un grupo importante de tumores, al que es imposible reconocérseles malignidad o benignidad. Este diagnóstico suele todavía ser imposible en el estudio de la pieza.

Hay tumores mixtos que se malignizan encerrados dentro de la cápsula sin evidencia clínica ni anatomopatológica, lo mismo que sucede en tumores encapsulados en otros órganos (mama, tiroides). Este hecho constituye un fuerte argumento para la exéresis amplia en los "tumores benignos" de la parótida a fin de cubrir en interés del enfermo el mayor número de posibilidades de recidivas.

A la biopsia se ha acusado de estimular el crecimiento invasor que caracteriza la malignización de los tumores mixtos. Lo mismo que las recidivas después de la enucleación. Es posible y en ello están de acuerdo muchos autores que la biopsia como el acto operatorio no influya directamente sobre la biología celular, el potencial de crecimiento, y del mismo modo que en otros órganos el epiteloma encuentre en la rotura quirúrgica de los tejidos que rodean el tumor condiciones nuevas, propicias al crecimiento y a la invasión linfática. Las limitaciones precedentemente señaladas en el reconocimiento por la clínica y la anatomía patológica han conducido a los cirujanos estos últimos años a las exéresis amplias de los tumores encapsulados, amplitud que tiene por límite el respeto del facial. Donde el problema tiene más importancia es en los tumores mixtos, pues las resecciones limitadas (enucleación y resección extracapsular) actualmente están proscriptas por el alto porcentaje de recidivas y merecen ser consideradas en párrafos aparte.

LA ENUCLEACION Y LA RESECCION EXTRACAPSULAR

Se fundan en el plano quirúrgico de la cápsula. Hay tumores con una cápsula bastante resistente, fibrosa. En otros es muy delgada, transparente y a través de ella se ve la sustancia mucoide de color celeste o vinoso. La cápsula es más resistente en los tumores del lóbulo superficial especialmente en la parte externa cuando la aponeurosis entra a formar parte de ella. Siempre es más delgada en la profundidad.

La cápsula no es una formación tumoral. Contacta pero no pertenece al estroma y procede originariamente del tejido intersticial de la glándula. Se forma por el rechazamiento excéntrico del tejido conjuntivo que subsiste y madura conjuntamente con

la atrofia y desaparición del epitelio glandular. La compresión dispone el tejido conjuntivo en láminas o capas disociables. La cápsula puede ser tan delgada en los tumores mixtos como en cualquier otro tumor benigno de la glándula. Constituye un plano quirúrgico de disección pero no una barrera histológica al crecimiento del tumor. En la enucleación el cirujano penetra por fuera de ella y en seguida continúa en su espesor. En el mejor de los casos parte de la cápsula viene con el tumor y parte queda en el lecho. La disección prácticamente se realiza sin hemorragia y a veces se logra en su totalidad pero en la mayor parte de los casos se interrumpe por la rotura de la cápsula hacia el lado del tumor. Lo revela el examen de las piezas operatorias y es el resultado casi constante de la enucleación. La rotura se debe en primer lugar a la disminución del espesor de la cápsula que llega a desaparecer como plano quirúrgico algunas veces. Otras veces la rotura se produce en el tiempo final cuando las maniobras se vuelven ciegas. El instrumento romo, la tijera curva, disecciona en la profundidad en tanto que el tumor obstaculiza la visualización a exteriorizarlo. La consistencia gelatinosa, la delgadez de la cápsula, las irregularidades de los lóbulos profundos que pueden ser digitaciones en forma de reloj de arena rodeadas por el facial, o vasos, conducen fatalmente a la rotura. A estas causas se agrega el temor del cirujano por el nervio facial que lo lleva, a medida que profundiza la enucleación, contra el tumor y no contra el resto de la glándula. La rotura que provoca el derrame de la masa blanda del tumor en el lecho se pretende corregir mediante la resección complementaria endocapsular y el lavado con soluciones citolíticas o de detersión (alcohol a 60 % aconsejado por H. Bayley, líquido de Harrington, suero fisiológico).

La enucleación incompleta es responsable de la mayoría de las recidivas. Ante este peligro algunos cirujanos se han mostrado partidarios de la resección extracapsular simple o fomentando su espesamiento por medio de la radioterapia previa (Cutler y Buschke, Patey).

Estas recidivas se caracterizan clínicamente por ser precoces dentro de los seis meses, un año o a veces más, diez o quince, por desarrollarse debajo de la cicatriz cutánea dentro del tejido del foco de la enucleación.

Pero aún en las más completas enucleaciones se ha demostrado que suelen quedar brotes microscópicos del tumor enucleado o núcleos independientes incorporados en la porción restante de la cápsula. La cápsula hoy se admite que no es una barrera al crecimiento del tumor y por otra parte a veces encierra en su espesor y por fuera de ella focos pequeños de tumores independientes. Los restos operatorios del tumor y los focos de la cápsula serían los responsables de las recidivas precoces.

Pero el reconocimiento de estos hechos no explican todas las recidivas. Se han encontrado recidivas tardías, a los diez, veinte, treinta años de la enucleación. A veces múltiples, fuera de la cicatriz y del foco del antiguo tumor; por ejemplo, asentando en el lóbulo profundo en casos de tumores extirpados en el lóbulo superficial. Las investigaciones histológicas de autores franceses en piezas de resección total por recidivas han puesto en evidencia por fuera de la cápsula, en plena glándula, especialmente en el lóbulo superficial múltiples microfocos tumorales primitivos e independientes, lo que les ha permitido sostener la tesis del origen multifocal de los tumores mixtos. Sería un argumento más en favor de la exéresis ampliada.

En las recidivas precoces, antes de los dos o tres años, muchos enfermos señalan que desde la operación quedó un nódulo bajo la cicatriz, que a los pocos meses ya era visible. Es evidente que la recidiva precoz bajo la cicatriz operatoria originando un tumor del mismo tipo está en relación con una resección incompleta. Aparte de lo que significa el fracaso de la operación para el enfermo y para el cirujano, la recidiva tiene otras consecuencias. El resto del tumor puede crecer todavía encapsulado o bien infiltrando irregularmente el tejido de cicatriz del foco o más lejos desplazado por las maniobras operatorias al modo de un cáncer infiltrante de la glándula. Algunas veces este crecimiento se realiza en el tejido celular subcutáneo fijándose a la piel. Esto significa una agravación de la lesión, "la malignización local" del crecimiento creada por el cirujano mientras que el tumor todavía no ha variado su carácter. La exéresis ahora necesaria debe ser más amplia y el riesgo de una nueva recidiva, en esta reintervención, técnicamente mucho más difícil corre paralelo con el riesgo y el temor al facial centuplicado en la recidiva.

En el sentir de algunos autores, las recidivas alejadas no serían recidivas sino tumores independientes. Delarrue ha encontrado cuarenta y tres focos tumorales microscópicos lejos de la recidiva en 45 piezas de parotidectomía y al concluir que no serían recidivas postoperatorias sostiene el origen plurifocal de estos tumores. Numerosos autores admiten actualmente este origen. Francioli los ha encontrado 22 veces en 85 parotidectomías totales y se ha señalado que el número de focos tumorales puede llegar a varias decenas. Carlos Allende, en la Argentina, ha sostenido también el origen de las recidivas en la disembrioplasia regional. Si estas comprobaciones y tesis fueran corroboradas tendrían una enorme importancia para el conocimiento del origen de los tumores mixtos y de la tumorogénesis en general, pero sobre todo contribuirían a proscribir la enucleación y las operaciones limitadas afianzando el concepto de la parotidectomía total en los tumores mixtos.

El examen microscópico que hemos hecho de los preparados de ocho parotidectomías por tumor mixto y de tres recidivas (un caso de segunda recidiva) no nos ha permitido encontrar los nódulos mencionados. En cambio es lo común encontrar focos en la cápsula [en su espesor y por fuera (fig. 1)] en contacto con el tejido glandular. Creemos que el hallazgo de múltiples focos intraglandulares constituye un hecho muy singular y que el problema de las recidivas radica en la cápsula y en sus adyacencias inmediatas.

El lento crecimiento de las recidivas propio de los tumores benignos en general, hace que todavía muchos cirujanos no tengan una noción real de su frecuencia. Las grandes estadísticas señalan promedios por encima de los cinco años, tiempo admitido de curación para el cáncer.

La enucleación ha gozado del favor en todos los medios por la sencillez de su ejecución y su carácter de operación menor. A nuestro juicio conserva una sola indicación: en los enfermos muy viejos, diabéticos, debilitados, esta operación de menos riesgo puede considerarse como una operación paliativa para corregir una deformación, el riesgo de la ulceración, el dolor. Sería una indicación geriátrica.

La resección extracapsular no ha superado el problema de las recidivas, como no lo han superado las parotidectomías par-

ciales. Ya Adson y Ott en 1925 recomendaban la parotidectomía parcial en los pequeños tumores bien circunscriptos, y en el resto las parotidectomías amplias.

Moutier y Redon por un lado, Roux-Berger y otros autores franceses ante el problema tan oscuro de los tumores mixtos preconizaron la parotidectomía total aun en tumores pequeños

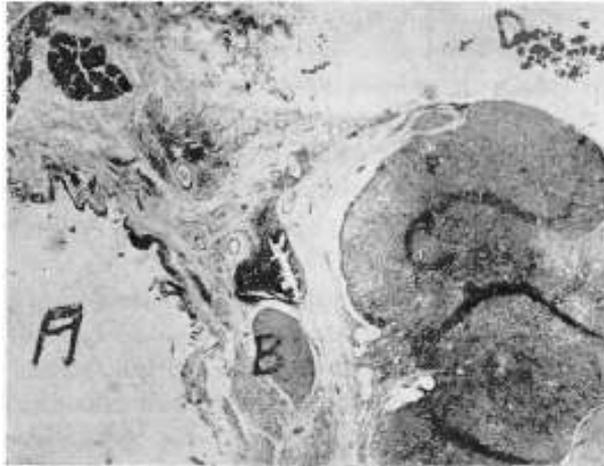


Fig. 1.— Microfotografía.

- A: Pared de la cápsula de un tumor mixto simple.
- B: Vacío dejado por la sustancia mucóide desprendida.
- C: Cápsula encerrando un nódulo tumoral microscópico.
- D: Núcleo tumoral extracapsular.
- E: Glándula parótida.

con cápsula clivable. Para estar a cubierto de la recidiva Hybinette (Radium-Hemet Estocolmo, 1936) aconseja la resección extracapsular seguida de radioterapia postoperatoria a fin de destruir la siembra que puede originar la apertura de la cápsula. Hybinette hacía la enucleación y luego por dentro de la cápsula, guiándose con el dedo la resecaba. Desde hace quince años los trabajos extranjeros revelan la tendencia general a las resecciones amplias: parotidectomía superficial, parotidectomía total conservadora (conservadora del facial) y parotidectomía radical. H. Bayley en 1947 sostiene que la resección extracapsular es una intervención teórica y que favorece las recidivas cuanto más

pequeño es el tumor. La resección extracapsular sin el control previo del plano del facial es una intervención irrealizable que conduce fatalmente a la enucleación, por el temor a la sección del facial a no ser que se trate de un pequeño tumor muy superficial o de uno de los polos. En los tumores extrafaciales la resección intraglandular fatalmente seccionaría una o más ramas del facial y es por esta razón que la resección extracapsular se transforma inmediatamente de iniciada en una verdadera enucleación. Dargent ha relatado resultados muy desfavorables. Los trabajos norteamericanos de los últimos años señalan una tendencia uniforme a la parotidectomía total con conservación del nervio facial (Kirklin, Marshall y Miles, Brown y Mc Dowel, Quatlebaum y Dockerty, etc.).

Redon, en su libro de hace dos años, también condena estas operaciones limitadas, siendo partidario de la parotidectomía superficial y de la parotidectomía total conservadora del facial. En 1908 P. Duval había sostenido la parotidectomía total como tratamiento del tumor mixto con el sacrificio de la rama inferior del facial y conservación de la inervación del ojo. La resistencia de los enfermos al sacrificio deliberado y sistemático del facial inferior por un lado y por otro de los médicos y cirujanos en aceptarla y realizarla llevó en 1934 al propio Duval a estimular a su discípulo Redon a tentar la realización de la parotidectomía total con conservación del facial. Este principio es admitido actualmente en Francia por Redon, Roux Berger, Sicard, Moyse, Santy y Dargent.

En Inglaterra por H. Bayley, Hayes, Martins, Lathrop, Patey, Levine, etc. Bayley sostiene que el facial corre más riesgo del tumor que del bisturí y frente a la afirmación de MacFarland, quien sostuvo que la extirpación de los tumores pequeños producen mayor número de recidivas, Bayley le ha contestado que los tumores de la parótida serían entonces los únicos tumores conocidos que se benefician de una operación tardía.

La parotidectomía total puede no serlo en totalidad. Podrían quedar algunos lobulillos glandulares sin desvirtuar el carácter, pero es la única operación que con certeza evitaría las recidivas por focos aberrantes. Técnicamente, una vez quitado el lóbulo superficial, aislado y disecado el nervio, la extracción del lóbulo profundo no es difícil y sólo demanda unos minutos. Esta lobec-

tomía profunda no tiene riesgos cuando se ha hecho la ligadura de la carótida externa. Ya ha demostrado que ofrece las mayores garantías contra la recidiva al enfermo y al cirujano.

La recidiva es un problema para el enfermo y para el cirujano. Anatómicamente es una operación muy difícil. Hay que esculpir el facial dentro de la cicatriz, la mayor parte de las veces para extirpar un tumor incluído profundamente detrás de la rama del maxilar, adherente a la articulación o al conducto auditivo. Esta parotidectomía por recidiva, deliberadamente o no, se termina a menudo con la parálisis facial por sección.

La parotidectomía superficial o la total conservadora son realizables prácticamente siempre sin abrir la cápsula del tumor y sin lesionar el facial. El nervio y sus ramas pueden estar en cualquier posición desplazados y comprimidos, pero no están nunca dentro del tumor. Por lo cual nunca estará justificada su fragmentación operatoria para conservar el nervio.

En la Argentina las publicaciones hasta hace unos diez años señalaban, según K. Herrero Ducloux, preferencia por las resecciones extracapsulares a pesar de la tendencia señalada por Avelino Gutiérrez y luego por Alberto Gutiérrez. Este último aconsejó la parotidectomía sin consideración del facial en 1938 en los tumores mixtos. Viacava, en 1942, siguiendo su experiencia del Memorial Hospital, era partidario de la cirugía amplia con irradiación postoperatoria. Goñi Moreno también es partidario de la parotidectomía superficial o total conservadora. Finochietto y Uriburu son partidarios de la parotidectomía superficial. De Nicola también.

La parotidectomía superficial es una operación suficiente y completa en la mayor parte de los casos. El lóbulo superficial que resume el 80 % de la glándula es casi siempre el asiento del tumor mixto. La sección del istmo que une el lóbulo superficial con el profundo cuando el tumor está lejos pone a cubierto de la mayor parte de las recidivas, según se ha evidenciado hasta hoy. El hallazgo del plano del facial puede ser dificultoso y no existe siempre un plano clivable dentro de la glándula como parecería surgir de las láminas de anatomía. Hay casos en que el tipo de división del nervio es plexiforme y están las ramas intrincadas dentro de la glándula. La disposición de los lóbulos y del facial con vista a la exéresis de los tumores también requiere ciertas consideraciones.

El nervio según Dargent y Duroux tiene un trayecto retro-glandular de 5 a 19 mm. y penetra a la glándula acompañado de una ramita de la arteria estilomastoidea, arteria sobre cuya hemostasis insistiremos más adelante. El nervio está rodeado de abundante tejido celuloso en este corto trayecto y es fácil sentirlo con la yema del índice antes de haberlo visto.

Dentro de la glándula el nervio ocupa una topografía entre el lóbulo superficial más voluminoso (4/5) y el pequeño lóbulo profundo adoptando tipos variables de división por lo cual varía también la forma de la conexión del lóbulo superficial con el profundo.

La división del nervio se hace en un plano más superficial que el plano de origen de la vena yugular externa, pero entre ambos lóbulos se cruzan anastomosis venosas perpendiculares a las ramas del facial.

El trayecto del nervio está en relación con el modo de unión de los lóbulos, y esta unión es variable:

a) Ambos lóbulos se reúnen por encima del nervio, a caballo sobre el tronco y sus ramas (Gregoire).

b) Ambos lóbulos se reúnen por un grueso pedículo ubicado entre las ramas superiores e inferiores del nervio. Según Mc Worther, Rouvière y Cordier existe siempre por encima de la rama temporal un prolongamiento que se hace profundo sin ser un verdadero lóbulo profundo. Además por delante de la bifurcación también existe un prolongamiento del lóbulo superficial que se coloca por debajo.

c) Múltiples pedículos entre el enrejado de las ramas del nervio del facial y sus anastomosis.

Dice Redon que de estos hechos se desprende que “del punto de vista quirúrgico el plano de clivado debe ser buscado y no puede encontrarse fácilmente más que hacia abajo y atrás y que el lóbulo profundo sobrepasa muy poco hacia abajo el plano nervioso bajo el cual está oculto”.

La disposición de las ramas del nervio dentro de la glándula es variable. Dargent y Duroux le han consagrado un trabajo cuyas conclusiones después de disecar 68 nervios son las siguientes:

1) El trayecto retroglandular es de 1cm.30 por término medio. El desplazamiento anterior del maxilar alarga esta longitud en 1 cm. a 1 ½ cm. Esta sería la "longitud útil operatoria".

2) En 59 disecciones encuentran 35 nervios sin anastomosis entre las dos ramas y 24 anastomosadas llegando al tipo plexiforme.

3) En los tipos *sin anastomosis* aislan tres subtipos: cada rama luego de un trayecto se divide en un ramillete terminal, cada rama se divide precozmente en varios colaterales y finalmente en escalera, los colaterales salen en ángulo recto de las dos ramas principales.

4) En el tipo *con anastomosis* se encuentran dos variedades según sean cortas o largas.

5) Del punto de vista quirúrgico interesa señalar que la ramificación intraparotídea del facial es de dos tipos, según que las ramas temporal y cervical se encuentren o no anastomosadas. En este caso puede esquematizar una disposición plexiforme.

6) Estas consideraciones indican que ante la variabilidad de las disposiciones anatómicas de los lóbulos y del nervio en la práctica es aconsejable abordar el nervio a nivel del tronco, en el espacio retroparotídeo.

TRATAMIENTO

En los tumores primitivos algunos autores han relatado buenos resultados con roentgenterapia y curieterapia (Ahlbon, Baclesse, Hybrinette, Hintze, etc.). Baclesse sostiene que la cirugía produce recidiva en el 80 % de los casos. A su vez H. Bayley dice que las radiaciones carecen de valor y Findeissen que ni la cirugía ni las radiaciones obtienen resultados favorables. Es conveniente dividir el grupo estableciendo indicaciones y resultados en los diversos tipos de tumores. De los trabajos modernos surge un saldo general favorable para la cirugía, la cual obtiene mejores resultados cuando se ajusta la exéresis al tipo de tumor. Los malos resultados (la recidiva en tumores malignos y benignos) disminuyen cuanto más amplia y radical y más precozmente se realiza la primera intervención. Para la parótida como para otros órganos glandulares la conservación de la cápsula y sus adyacen-

cias (tiroides, mama) en tumores benignos causa recidivas. El advenimiento de los isótopos radioactivos y las nuevas técnicas de irradiación abren nuevos caminos al tratamiento.

Esquematizando las técnicas operatorias, tendríamos las siguientes indicaciones:

1º) *La parotidectomía parcial.*— Puede ser indicada en pequeños tumores benignos, especialmente los que están localizados en las prolongaciones (geniana, inferior) del lóbulo superficial (adenomas quísticos, fibroadenomas, lipomas, angioma, linfangioma, cistoadenolinfomas, etc.).

2º) *La parotidectomía superficial.*— En los tumores mixtos pequeños (no más de 2 cm. de diámetro) en la misma ubicación y en los benignos, cuando siendo voluminosos ocupan la mayor parte del lóbulo.

3º) *La parotidectomía total conservadora.*— En los tumores mixtos simples (del lóbulo superficial o profundo), en los tumores benignos profundos, en ciertos casos de recidiva por resección peritumoral de tumores mixtos del lóbulo superficial.

4º) *La parotidectomía radical.*— En tumores mixtos voluminosos superficiales o profundos, en los que el contacto del facial hace la disección dificultosa y hay riesgo de dejar restos del tumor. Entre el riesgo del facial y el riesgo de la recidiva es preferible proceder a la resección radical. Por la misma razón en las recidivas de tumores mixtos simples y en el cilindroma.

5º) *La parotidectomía radical con vcaiamiento submaxilar y yúgulocarotídeo* en el cáncer de la parótida.

6º) *La enucleación* podría conservar una indicación de excepción: en el viejo muy viejo.

LA PAROTIDECTOMIA

DIRECTIVAS TÉCNICAS GENERALES

A) *Posición.*— El decúbito dorsal con el tórax y la cabeza levantados favorecen la circulación venosa de la cara. Rotación de la cara hacia el lado opuesto. El campo operatorio debe abarcar la hemicara para el control de los músculos faciales.

B) *Anestesia.*— La locorreional y la general con intubación comparten las opiniones.

Finochietto y Dickman por un lado y Alberto Gutiérrez, por otro, preconizaron y precisaron los puntos de la técnica de la anestesia local que en resumen consta de los tiempo siguientes:

- 1) Infiltración con novocaína al $\frac{1}{2}$ ‰, en corona subcutánea circunscribiendo toda la región.
- 2) Infiltración del plexo cervical superficial.
- 3) Infiltración pre y retromastoidea profunda.
- 4) Infiltración supracigomática.
- 5) Infiltración pericarotídea de 10 c.c.
- 6) Infiltración profunda por delante del conducto auditivo.
- 7) Infiltración del plano aponeurótico del masetero.
- 8) Infiltración láterofaríngea en el curso de la operación si es necesario.



Fig. 2.— Estimulación de un tronco nervioso con faradismo bipolar.
H. J. Seddon. H. Bailey. "Surgery of Modern Warfare".

Este tipo de anestesia facilita la disección.

El agregado de adrenalina une la ventaja de la hemostasis.

Se le ha señalado a la anestesia local el inconveniente de volver inexcitables durante la operación los filetes terminales del facial. Esto puede obviarse con el empleo del excitador eléctrico (fig. 2). La anestesia local es la mejor tolerada y tiene su indicación en los pacientes viejos y debilitados.

El advenimiento de los hipotensores controlables ha agregado un elemento más al favor general con que cuenta la anestesia por inhalación.

C) *Incisión.*— En 1903 Avelino Gutiérrez publicó su técnica y su incisión (fig. 3) que permanece clásica. Existen incisiones similares en uso en el extranjero (Blair, Redon, Finochietto, etcétera), que permiten igualmente un amplio abordaje. La inci-

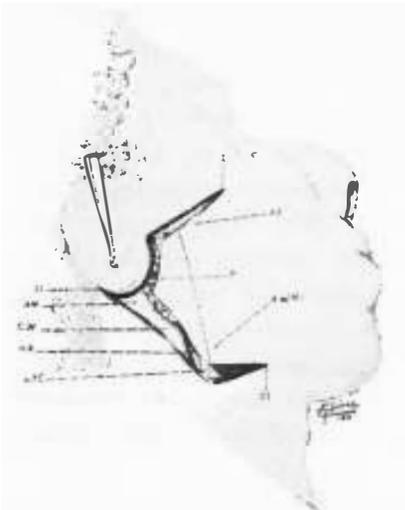


Figura 1.°

- I, II, III,* incisión
- A Z,* arco zigomático
- P,* glándula parótida
- A del M I,* ángulo del maxilar inferior
- v Y E,* vena yugular externa
- n A,* ramo auricular.
- E C M,* músculo externo-ckeido-mastoideo
- A M,* apófisis mastoidea.
- La línea punteada indica el triángulo de piel que se extirpa conjuntamente con la glándula

Fig. 3.— Incisión de Avelino Gutiérrez.
(A. Gutiérrez: "Investigación anatómicoquirúrgica de la región parotídea". Imp. y Enc. de V. Tordesillas. Madrid, 1911.)

sion de Adson (1923) y Sistrunk (1921) son más pequeñas y el campo operatorio abarca especialmente la parte anterior de la glándula con vistas al reconocimiento de las ramas extraglandulares del facial.

Los labios cutáneos deben disecarse ampliamente y exponer la región y el tumor en totalidad a la exploración. Este es el momento de la biopsia cuando es posible contar con ella.

D) *La invasión de la oreja.*— Todas estas incisiones tienen un sector preauricular y luego descienden al cuello junto al borde anterior del esternocleidomastoideo encontrando en el plano subcutáneo dos elementos paralelos de dirección vertical: la vena yugular externa flanqueada por el nervio auricular. Si

se profundiza la incisión se secciona a ambos, pero teniendo cuidado es posible conservar la rama posterior del nervio que asegura la inervación de la oreja.

E) *Ligadura de la carótida externa.*— Es conveniente en las parotidectomías conservadoras. No ofrece dificultades. Facilita la exéresis. Finochietto y Uriburu la ligan sin seccionarla. Mc Nealy la liga entre la tiroidea superior y la lingual. Avelino Gutiérrez la liga bajo el digástrico.

F) *El reconocimiento del facial.*— Exceptuando las parotidectomías parciales por pequeño tumor periférico del lóbulo superficial y las parotidectomías radicales el reconocimiento y disección del tronco y sus ramas, constituye el límite de la exéresis. Hay partidarios de ir a buscar el nervio a la salida del agujero estilomastoideo y continuar la disección hacia la periferia clivando la glándula (Bailey, Janes). Otros proceden de manera inversa (Adson, Brown, Mc Dowell, Fryer, Byars, State y otros). La situación topográfica del nervio como cualquier otra estructura normal puede ofrecer variaciones que dificultan su hallazgo y reconocimiento (longitud de 1 ½ a 1 cms., apófisis mastoide grande o pequeña, etc.). Por su parte el tumor puede hacer muy difícil el hallazgo del nervio cuando lo desplaza o crece hacia atrás.

Otros autores proceden centripetamente buscando:

- a) El ramo de Jaffee (Sistrunk, Mc Cure, etc.) levantando el polo inferior de la glándula en el tabique intermáxiloparotídeo.
- b) El ramo inferior en el cruce con la vena yugular externa detrás y debajo del ángulo de la mandíbula (Redon).
- c) El ramo bucal (ramo máximo de Frohse o ramo comisural) junto al canal de Stenon.
- d) Ramos temporales (orbitario).

En la búsqueda de las ramas terminales es útil el excitador eléctrico. Goñi Moreno sostiene con lógica que la elección debe ser circunstancial de acuerdo a las peculiaridades anatómicas encontradas.

G) *El abordaje.*— Posterior e inferior en la parotidectomía conservadora (a lo Avelino Gutiérrez). Permite de entrada aislar

el tronco del facial y ligar la carótida debajo del digástrico. Anterior y superior en la parotidectomía radical por cáncer. Permite ligar la carótida externa en su porción terminal detrás del cuello del maxilar. Luego desprendiendo la glándula de arriba a abajo y volcándola hacia afuera permite ligarla de nuevo a su entrada en la logia.